

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



MODELO DE CONDUCTA SEXUAL SEGURA EN ADOLESCENTES DE LA  
COMUNIDAD NÁHUATL LAS LOMAS, PUEBLA

Por

ME. MARÍA DE LOS ANGELES MENESES TIRADO

Como requisito para obtener el grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2018

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



MODELO DE CONDUCTA SEXUAL SEGURA EN ADOLESCENTES DE LA  
COMUNIDAD NÁHUATL LAS LOMAS, PUEBLA

Por

ME. MARÍA DE LOS ANGELES MENESES TIRADO

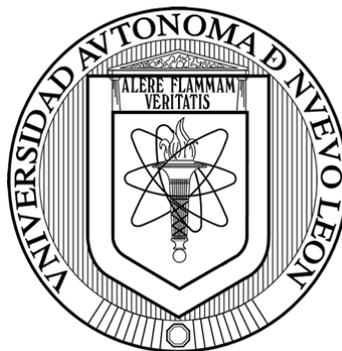
Director de Tesis

RAQUEL ALICIA BENAVIDES TORRES, PhD.

Como requisito para obtener el grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2018

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



MODELO DE CONDUCTA SEXUAL SEGURA EN ADOLESCENTES DE LA  
COMUNIDAD NÁHUATL LAS LOMAS, PUEBLA

Por

ME. MARÍA DE LOS ANGELES MENESES TIRADO

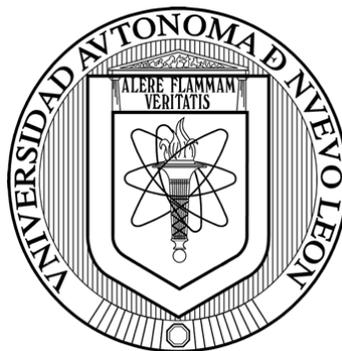
Asesor Externo

JUAN ANTONIO DONCEL DE LA COLINA, DAS.

Como requisito para obtener el grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2018

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



MODELO DE CONDUCTA SEXUAL SEGURA EN ADOLESCENTES DE LA  
COMUNIDAD NÁHUATL LAS LOMAS, PUEBLA

Por

ME. MARÍA DE LOS ANGELES MENESES TIRADO

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD.

Como requisito para obtener el grado de  
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2018

MODELO DE CONDUCTA SEXUAL SEGURA EN ADOLESCENTES DE LA  
COMUNIDAD NÁHUATL LAS LOMAS, PUEBLA

Aprobación de Tesis

---

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.

Director de Tesis y Presidente

---

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Secretario

---

Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis

1er. Vocal

---

DAS. Juan Antonio Doncel de la Colina

2do. Vocal

---

Marco Vinicio Gómez Meza, PhD.

3er. Vocal

---

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirectora de Posgrado e Investigación

## **Agradecimientos**

A las autoridades de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, por impulsarme a cursar el Programa de DCE.

A las autoridades de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por aceptarme como estudiante de posgrado y ser parte de mi crecimiento profesional. A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, por su liderazgo y gestión para mantener el programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería en el padrón de excelencia del CONACYT.

A mi directora de Tesis Dra. Raquel Alicia Benavides Torres, por su apoyo profesional y personal en el logro de esta meta académica.

A todo el jurado de tesis, por sus aportaciones y observaciones en la mejora de este trabajo.

Al Dr. Sergio Meneses Navarro por recibirme en la residencia doctoral, por las aportaciones en la mejora de este proyecto y compartir sus experiencias profesionales.

Al promotor de salud Pedro Moreno Villafaña, por su apoyo en el trabajo de campo con los adolescentes y culminar este proyecto doctoral.

A mis compañeras de generación y excelentes amigas de vida, por compartir momentos inolvidables, aprendizaje y experiencias en el transcurso del doctorado.

A todos los participantes, gracias por su colaboración, disponibilidad e interés para el desarrollo de este estudio.

## **Dedicatoria**

A Dios, por darme la fortaleza para vivir esta experiencia profesional y superar los obstáculos del día a día acompañada de personas que han sido un gran apoyo durante mi vida y crecimiento académico.

A mi familia, por apoyarme en las diferentes necesidades, aún en la distancia siempre han estado conmigo y por creer en mí como persona y profesional ante retos de este nivel.

A la Sra. Ángeles Apanco Vergara y familia por su gran calidad humana, por apoyarme y albergarme desde pequeña e impulsarme para realizar y lograr mis estudios. Gracias por ser parte de mi vida, por sus consejos y apoyo incondicional en todos los aspectos de mi vida.

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico	6
Teoría social cognitiva	7
Modelo de conducta sexual segura en adolescentes nahuas (MOCSSAN)	16
Estudios relacionados	23
Síntesis de los estudios relacionados	52
Objetivo general	52
Objetivos específicos	52
Definición de términos	53
Capítulo II	
Metodología	
Diseño del estudio	56
Población, muestra y muestreo	56
Criterios de inclusión y exclusión	57
Instrumentos de medición	57
Procedimiento de recolección de la información	63
Consideraciones éticas	65
Plan de análisis de datos	66
Capítulo III	
Resultados	
Estadística descriptiva	69
Confiabilidad de los instrumentos	86

Contenido	Página
Análisis inferencial	87
Prueba de normalidad	87
Comprobación del MOCSSAN	124
Capítulo IV	
Discusión	134
Limitaciones	145
Conclusiones	146
Recomendaciones	147
Referencias	149
Apéndices	
A. Cédula de datos generales	169
B. Subescala de creencias hedonistas	170
C. Cuestionario de conocimientos de ITS/SIDA y embarazo	171
D. Subescala de autoeficacia en la colocación del condón	172
E. Subescala de asertividad en el uso del condón	173
F. Escala de intención del uso del condón	174
G. Escala de comunicación sexual	175
H. Subescala del uso del condón con aprobación de la pareja	176
I. Escala de normas de pares	177
J. Escala de equidad de género	178
K. Escala de actitud religiosa	179
L. Escala de identidad étnica	180
M. Cuestionario de conducta sexual segura	181
N. Consentimiento informado (padre/madre/tutor)	182
O. Consentimiento informado	184

Contenido

Página

P. Asentimiento informado

186

## Lista de Figuras

Figura	Página
1. Modelo de reciprocidad triádica	11
2. Estructuración de los conceptos del MOCSSAN	18
3. Relación de los conceptos del MOCSSAN	22
4. Esquema final del MOCSSAN para la conducta sexual segura	131
5. Esquema final del MOCSSAN para uso del condón	132
6. Esquema final del MOCSSAN para sexo seguro	133

## Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Datos de identificación general	69
2. Frecuencias de los datos de identificación general	69
3. Actitud hacia el uso del condón	70
4. Conocimientos de ITS, SIDA y embarazo	71
5. Autoeficacia para el uso del condón	73
6. Capacidad de negociar el uso del condón	74
7. Intención del uso del condón	75
8. Comunicación sexual con los padres	76
9. Aprobación de la pareja para usar condón	77
10. Influencia de pares sobre la sexualidad	78
11. Rol de género en las relaciones sexuales	78
12. Creencias religiosas	80
13. Identidad étnica	81
14. Uso del condón	82
15. Sexo seguro	83
16. Global de las variables por sexo	84
17. Global de las variables con ambos sexos	85
18. Confiabilidad de los instrumentos	86
19. Prueba de normalidad	87
20. Correlación de los factores personales biológicos con la variable resultado	88
21. Diferencia de actitud hacia el uso del condón de acuerdo al sexo	88
22. Factores personales biológicos para la conducta sexual segura	89
23. Factores personales biológicos para el uso del condón	90
24. Factores personales biológicos para sexo seguro	90

Tabla	Página
25. Correlación de los factores personales biológicos hacia los factores personales cognitivos	91
26. Diferencia de los factores personales de acuerdo al sexo	91
27. Factores personales biológicos para autoeficacia para el uso del condón	92
28. Factores personales biológicos para intención del uso del condón	93
29. Factores personales biológicos, afectivos, interpersonales y socioculturales	94
30. Asociación entre el sexo y la ocupación	94
31. Diferencia de los factores afectivos y ambientales de acuerdo al sexo	94
32. Factores personales biológicos para actitud hacia el uso del condón	95
33. Factores personales biológicos para comunicación sexual con los padres	95
34. Factores personales biológicos para aprobación de la pareja para usar condón	95
35. Factores personales biológicos para influencia de pares sobre la sexualidad	97
36. Factores personales biológicos para rol de género en las relaciones sexuales	97
37. Factores personales biológicos para creencias religiosas	98
38. Factores personales biológicos para identidad étnica	98
39. Factores personales biológicos hacia la ocupación	99

Tabla	Página
40. Correlación de los factores personales afectivos con los interpersonales y socioculturales	100
41. Actitud hacia el uso del condón con los factores interpersonales y socioculturales	101
42. Modelo de regresión nominal de actitud hacia el uso del condón sobre la ocupación	101
43. Correlación de los factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia los cognitivos	103
44. Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia el conocimiento sobre ITS, UC y embarazo (Modelo inicial)	104
45. Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia el conocimiento sobre ITS, UC y embarazo (Modelo final-backward)	106
46. Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia autoeficacia para el uso del condón (Modelo inicial)	107
47. Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia la autoeficacia para el uso del condón (Modelo final-backward)	108
48. Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia la capacidad de negociar el uso del condón (Modelo inicial)	109
49. Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia la capacidad de negociar el uso del condón (Modelo final-backward)	111

Tabla	Página
50. Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia la intención del uso del condón (Modelo inicial)	111
51. Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia la intención del uso del condón (Modelo final-backward)	113
52. Correlación de los factores afectivos, interpersonales y socioculturales con la variable resultado	114
53. Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia la conducta sexual segura (Modelo inicial)	115
54. Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia la conducta sexual segura (Modelo final-backward)	117
55. Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia el uso del condón (Modelo inicial)	118
56. Factores afectivos, interpersonales y socioculturales hacia el uso del condón (Modelo final-backward)	119
57. Factores afectivos, interpersonales y socioculturales hacia el sexo seguro (Modelo inicial)	120
58. Factores afectivos, interpersonales y socioculturales hacia el sexo seguro (Modelo final-backward)	121
59. Correlación de los factores personales cognitivos con la variable resultado	122
60. Factores cognitivos hacia la conducta sexual segura	123
61. Factores cognitivos hacia el uso del condón	123
62. Factores cognitivos hacia el sexo seguro	124

Tabla	Página
63. Factores personales, interpersonales y socioculturales sobre la conducta sexual segura (Modelo inicial)	125
64. Factores personales, interpersonales y socioculturales sobre la conducta sexual segura (Modelo final-backward)	126
65. Factores personales, interpersonales y socioculturales sobre el uso del condón (Modelo inicial)	127
66. Factores personales y ambientales sobre el uso del condón (Modelo final)	128
67. Factores personales y ambientales sobre el sexo seguro (Modelo inicial)	129
68. Factores personales y ambientales sobre el sexo seguro (Modelo final)	130

## Resumen

María de los Ángeles Meneses Tirado      Fecha de graduación: 5 de septiembre 2018  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

**Título del estudio:** MODELO DE CONDUCTA SEXUAL SEGURA EN ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD NÁHUATL LAS LOMAS, PUEBLA

Número de páginas: 187

Candidata a obtener el grado de  
Doctor en Ciencias de Enfermería

**LGAC:** Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/ SIDA

**Propósito y Método de Estudio:** Determinar la relación de los factores personales biológicos, afectivos y cognitivos; ambientales interpersonales y socioculturales con la conducta sexual segura de adolescentes nahuas. Se utilizó un diseño de estudio de tipo transversal y correlacional de comprobación de modelo. La población fueron 940 adolescentes de ambos sexos de 15 a 19 años de Las Lomas, Puebla. La muestra fue de 419 participantes, seleccionados aleatoriamente a partir del número total de manzanas de la comunidad. Se utilizaron instrumentos de lápiz y papel, entre ellos: una cédula de datos generales, subescala de creencias hedonistas, cuestionario de conocimientos de ITS, SIDA y embarazo, subescala de autoeficacia en la colocación del condón, subescala de asertividad en el uso del condón, escala de intención del uso del condón, escala de comunicación sexual, subescala del uso del condón con aprobación de la pareja, escala de normas de pares, escala de equidad de género, escala de actitud religiosa, escala de identidad étnica, cuestionario de conducta sexual segura (subescala uso del condón, subescala sexo seguro). En la medición de las variables, los instrumentos presentaron confiabilidad aceptable. Para la comprobación de los objetivos, se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman, pruebas U de Mann-Whitney y Modelos de Regresión Lineal Múltiple.

**Contribución y Conclusiones:** El 56.8% fueron del sexo femenino, 50.4% estudiantes, y 63% señaló ser católico; la media de edad se situó en  $M = 17.50$  ( $DE = 0.97$ ) y la de años de estudio en  $M = 10.00$  ( $DE = 1.30$ ). En el análisis de los factores personales biológicos, el sexo masculino resultó tener efecto en la conducta sexual segura ( $\beta = -7.45$ ,  $t = -4.38$ ,  $p < .001$ ), en el uso del condón ( $\beta = -7.21$ ,  $t = -3.32$ ,  $p < .001$ ) y en el sexo seguro ( $\beta = -7.64$ ,  $t = -4.50$ ,  $p < .001$ ). La actitud hacia el uso del condón resultó predictiva de la conducta sexual segura ( $\beta = .20$ ,  $t = 5.50$ ,  $p < .001$ ), el uso del condón ( $\beta = .25$ ,  $t = 5.29$ ,  $p < .001$ ) y el sexo seguro ( $\beta = .15$ ,  $t = 4.07$ ,  $p < .001$ ). El modelo de los factores personales cognitivos, mostró que el conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo ( $\beta = .15$ ,  $t = 3.70$ ,  $p < .001$ ), autoeficacia para el uso del condón ( $\beta = -.14$ ,  $t = -3.86$ ,  $p < .001$ ), la capacidad de negociar el uso del condón ( $\beta = .21$ ,  $t = 5.40$ ,  $p < .001$ ) y la intención del uso del condón ( $\beta = .06$ ,  $t = 2.25$ ,  $p = .025$ ) fueron predictores de la conducta sexual segura. El conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo ( $\beta = .14$ ,  $t = 2.71$ ,  $p = .007$ ), la autoeficacia para el uso del condón ( $\beta = -.15$ ,  $t = -3.21$ ,  $p < .001$ ), la capacidad de negociar el uso del condón ( $\beta = .28$ ,  $t = 5.50$ ,

$p < .001$ ) y la intención del uso del condón ( $\beta = .07, t = 2.09, p = .037$ ) mostraron efecto en el uso del condón. El conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo ( $\beta = .16, t = 3.85, p < .001$ ), autoeficacia en el uso del condón ( $\beta = -.14, t = -3.65, p < .001$ ) y la capacidad de negociar el uso del condón ( $\beta = .17, t = 4.10, p < .001$ ) predijeron el cambio en la variable sexo seguro. La comunicación sexual con los padres tuvo efecto en la conducta sexual segura ( $\beta = .06, t = 2.54, p = .011$ ) así como en el uso del condón ( $\beta = .08, t = 2.44, p = .015$ ). La aprobación de la pareja para usar condón presentó un efecto en la conducta sexual segura ( $\beta = -.07, t = -2.32, p = .021$ ). La identidad étnica ( $\beta = .22, t = 6.70, p < .001$ ) y la opinión en desacuerdo de la aboración de la religión sobre el uso del condón ( $\beta = -6.00, t = -2.78, p = .006$ ), resultaron predictores de la conducta sexual segura. La identidad étnica ( $\beta = .23, t = 5.39, p < .001$ ) y opinión en desacuerdo sobre la aprobación de la religión sobre el uso del condón ( $\beta = -3.88, t = -2.33, p = .020$ ) resultaron predictores para uso del condón. El rol de género en las relaciones sexuales ( $\beta = .13, t = 3.00, p = .003$ ), la identidad étnica ( $\beta = .17, t = 4.71, p < .001$ ) y la opinión en desacuerdo de la aprobación de la religión sobre el uso del condón ( $\beta = -7.70, t = -2.99, p = .003$ ) fueron predictores del sexo seguro. Se concluye que el sexo masculino, la actitud hacia el uso del condón, la identidad étnica y la capacidad de negociar el uso del condón presentaron efecto predictivo sobre la conducta sexual segura ( $R^2 = 29.8$ ). Mientras que para uso del condón, la edad de la menarquia/espermaquia, la actitud hacia el uso del condón, la identidad étnica y la capacidad de negociar el uso del condón resultaron variables predictoras ( $R^2 = 22.3$ ). Y para sexo seguro, el sexo masculino, la actitud hacia el uso del condón, e identidad étnica fueron predictores ( $R^2 = 26.2$ ). La Teoría Social Cognitiva fue de utilidad para guiar el presente estudio en donde se comprobó que los factores personales biológicos, afectivos y cognitivos; ambientales interpersonales y socioculturales influyen en la conducta sexual segura de adolescentes nahuas. Es importante resaltar que la variable de identidad étnica predominó en los tres modelos finales, misma que resultó ser factor protector en esta población. Se recomienda evaluar este modelo utilizando metodología cualitativa y realizar estudios con el mismo modelo en otros grupos indígenas. También se recomienda que al realizar intervenciones para prevenir conductas sexuales de riesgo en adolescentes indígenas, se considere la actitud y la identidad étnica.

**FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS** \_\_\_\_\_

## **Capítulo I**

### **Introducción**

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de salud pública. A nivel mundial, se estima que 36.7 millones de personas viven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), lo que representa un aumento en comparación con años previos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). Diariamente se reportan hasta 900 mil casos nuevos de infección por el VIH en personas con edades entre 15 y 24 años con mayor prevalencia en países en desarrollo (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], 2016).

En América Latina viven 1.6 millones de personas con el VIH. De estos, el 15% corresponde a población de adolescentes y jóvenes; destacando que se prevén incrementos de casos de VIH/SIDA para este grupo (Avert, 2016). México, es el segundo país en América Latina con mayor número de personas que viven con VIH, y de manera similar se puede observar que esta infección afecta al 30.2% de la población joven, siendo la causa más común el sexo sin protección (Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA [CENSIDA], 2015).

La población indígena en México alcanza casi 7 millones de habitantes. En el estado de Puebla, muchas poblaciones indígenas se encuentran localizadas en áreas de difícil acceso. Son áreas de bajo desarrollo económico, educativo y en condiciones desfavorables. Así, el mantenimiento de la salud, la prevención de riesgos y las prácticas sexuales inseguras, deben atenderse como una necesidad en salud para este grupo de población (Programa Sectorial de Salud, 2013-2018). Entre los nahuas, la noción de persona como una construcción relacional, colectivamente constituida y culturalmente determinada, vincula al ser humano y su entorno. Es decir, la persona es un complejo de relaciones sociales, intrínsecamente integrada al reconocimiento social dentro del sistema de derechos y de responsabilidades con valores socioculturales (Bernkopfová,

2014). Así mismo, una persona se define por el trabajo que realiza, por cómo trabaja, en qué trabaja y lo que produce (Raby, 2012).

En este contexto cultural, el trabajo y sus beneficios, se socializan, se comparten con otros y también se reciben los beneficios del esfuerzo de los demás. Se considera que la vida de una persona y su identidad cultural, se construyen en el contexto de trabajo que realiza, comparte y recibe de otros (Taggart, 2015). Los niños nahuas aprenden de su entorno que involucra necesariamente a la familia, las obligaciones y deberes propios de su sexo como, elaborar la comida, cuidar de los niños y de los animales, por parte de las mujeres; y en el caso de los hombres, el trabajo en el campo (Raby, 2012). En el hogar, los niños mayores enseñan a los más pequeños a jugar a que siembran, mientras acarrear leña, alimentan a los animales de la casa y cumplen con los encargos; las niñas juegan a ser mamás de los pequeños (Hernández et al. 2014).

Desde el hogar, se orienta a los pequeños el valor del trabajo como una forma de expresar afecto y se observa en la temprana integración de los niños, en las labores cotidianas, en forma de “ayuda”. Y la toma de consciencia de su capacidad para actuar por otros, lo que conforma a la persona nahua como un ser consciente en la colectividad a la cual pertenece (Good & Raby, 2015). Al interior de la cultura, la identidad es un proceso multidimensional y dinámico, donde la integración de la etnicidad en las percepciones, depende de factores individuales como la capacidad cognitiva, la emocional, las preferencias y gustos personales; del contexto inmediato como la familia, la comunidad o barrio, la escuela, y los grupos de pares; y de aspectos socioculturales como el estatus social, la organización, el tamaño del grupo étnico, así como de las relaciones interétnicas (Smith, 2002).

La sexualidad entre jóvenes indígenas, integra símbolos, significados y prácticas que determinan su salud sexual y reproductiva, que en gran medida, se constituye a partir del género, los roles tradicionales y el origen étnico. Todo esto, delimita el acceso a la educación, al trabajo, y a la salud. Pues son condiciones que orillan a los

adolescentes a buscar empleo y por ende, abandonar sus estudios. Al mismo tiempo, se perciben en la libertad de explorar su sexualidad e iniciar una vida sexual sin considerar el riesgo que les conlleva, y las consecuencias propias como ITS o un embarazo a temprana edad, con lo que se reducen en mayor medida las posibilidades de retomar sus estudios, pues asumir la maternidad o paternidad en esta etapa, también implica riesgos y dificultades en el acceso a los servicios de salud (Rosales & Mino 2012).

La comunidad Las Lomas, pertenece al municipio de Zacapoaxtla y se ubica al sur de la sierra norte del Estado de Puebla. Su población total es de 3267 personas, entre sus habitantes, el náhuatl, es la lengua materna y son bilingües del español. La economía por tradición, y con fines de subsistencia radica en la agricultura para producir milpa, maíz y fríjol, y con fines comerciales café, chile, jícama y cacahuate, para adquirir bienes que ellos mismos no producen. Resalta el analfabetismo en 395 personas de 15 años y más, y 59 de los jóvenes entre 6 y 14 años no asisten a la escuela.

De entre los jóvenes de 15 años, 309 son analfabetas, 1137 tienen una escolaridad incompleta, 351 escolaridad básica, y 97 cuentan con una educación post-básica, así, la media en escolaridad entre la población es de 5 años. Únicamente 1010 habitantes cuentan con algún tipo de atención médica y 1900 no cuentan con derechohabencia. La unidad médica de segundo nivel más cercana está a 40 minutos en automóvil, pero no cuenta con especialidades médicas en ningún turno, por lo que una cuarta parte de la población se ve obligada a recurrir a servicios privados (Diagnóstico de salud, 2015).

En esta comunidad al igual que en otras comunidades indígenas la conducta sexual está determinada por la interacción de factores personales biológicos, afectivos, y cognitivos, así como factores ambientales interpersonales y socioculturales. Su expresión se refiere a la atracción sexual entre las personas. Durante la adolescencia no se percibe el riesgo a ITS y a embarazos no planeados, por lo que es común el inicio temprano de la vida sexual, lo que favorece tener múltiples compañeros sexuales y el

sexo sin protección (Caballero, Villaseñor, Millán, Trujillo, & Monárrez, 2013; Fonner, Armstrong, Kennedy, O'Reilly, & Sweat, 2014).

Los aspectos ambientales como la comunicación al interior de la familia, con la pareja y los amigos o pares, y los aspectos socioculturales como los roles sociales, las creencias religiosas, la aprobación de la religión sobre el uso del condón, la identidad cultural y el estatus económico u ocupación, generan una serie de conductas que incrementan el riesgo a ITS, los embarazos no planeados o la maternidad temprana (Alan Guttmacher Institute, 2015; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2014; Programa Especial de los Pueblos Indígenas [PEPI], 2014).

En relación al nivel educativo, se observa que a mayor escolaridad existen mejores oportunidades de desarrollo individual (García, Mendoza, González, Hernández, & Ginnette, 2014; Villalobos et al., 2015 ); al mismo tiempo se prolonga el inicio de vida sexual, y se reduce el riesgo de embarazos en la adolescencia, lo que favorece la preparación y maduración de la persona hacia etapas posteriores de la vida (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2015; Nájera & Tuesca, 2015; Teva, Bermúdez, & Ramiro, 2014). Desafortunadamente, solo el 50% de los jóvenes indígenas concluyen la educación primaria y el 16.8% la secundaria. La prioridad de educación es para los niños, mientras que las niñas ayudan en el hogar y culturalmente se les orienta en el papel de madre y esposa, con desventajas frente a los hombres por su menor nivel educativo y sus incipientes posibilidades de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos (Campero, Atienzo, Suárez, Hernández, & Villalobos 2013; Hernández, et al. 2014; Osorio, Romero, Romero, & Romero, 2015).

De acuerdo al CENSIDA, y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, la estrategia para reducir las ITS y sus consecuencias debe considerar la educación e información para modificar el comportamiento sexual desde edades tempranas, así como el uso de métodos de protección; sin embargo, en las comunidades indígenas, ser joven no se define por la edad, sino por la etapa de vida en que la persona

ya puede formar su propia familia y asumir responsabilidades sociales. Esto amerita atender y entender la diversidad cultural de las personas para fortalecer sus conocimientos en la prevención y promoción del uso del condón (CEPAL, 2013; Pan American Health Organization [PAHO], 2012).

Puede apreciarse, que no existe suficiente información relacionada con la conducta sexual en adolescentes indígenas. Es evidente, que el uso del condón no es una práctica sexual común entre los jóvenes, lo que muestra un alto riesgo de contraer una ITS. Por lo tanto, existe una urgente necesidad de conocer a fondo los factores que conllevan a la conducta sexual de riesgo, y desarrollar programas de salud sexual con estrategias específicas en la prevención acorde a las necesidades culturales de los adolescentes indígenas, en nuestro caso, nahuas.

Los modelos en la investigación de enfermería contribuyen a enriquecer y generar conocimiento, además, influyen en la calidad de la asistencia otorgada. Es así que la evidencia sugiere una visión holística con el grupo étnico, para disuadir las barreras culturales y adecuar los servicios dirigidos a la población adolescente (CONAPO, 2015; Grove, Burns y Gray, 2013).

En este sentido, los investigadores han usado modelos teóricos como marcos interpretativos para los adolescentes y para entender los fenómenos de esta etapa. Sin embargo no existen modelos teóricos que expliquen la conducta sexual desde el punto de vista del entorno cultural. La mayoría han sido abordajes separados o en contextos distintos con resultados parciales del fenómeno de interés. Es así, que en los últimos años se ha enfatizado la utilidad de las teorías de rango medio por ser concretas, tener conceptos operativamente definidos, proposiciones que muestran claridad en sus relaciones y permitir su prueba empírica así como la explicación amplia de fenómenos específicos en enfermería.

La conducta sexual en adolescentes ha sido objeto de estudio en diversos entornos y disciplinas incluso en enfermería; sin embargo, el uso del condón en

población indígena muestra mínima relevancia en la investigación disponible, lo que revela la necesidad de profundizar en aspectos culturales inherentes a la conducta que ayuden a explicar dicha problemática y a enriquecer el cuerpo de conocimientos de la enfermería, mediante la evaluación del modelo de conducta sexual segura en adolescentes nahuas, el cual incluye factores personales de tipo biológico, afectivo y cognitivo, así como factores ambientales interpersonales y socioculturales.

La teoría social cognitiva (TSC) ha guiado proyectos académicos y se ha aplicado en estudios de pedagogía, de las ciencias sociales y de la salud (García del Castillo, Gázquez & Marzo, 2013; Lacunza, 2012; Valdez, Benavides, González, Onofre & Castillo, 2015; Vargas, Martínez, & Potter, 2010) así como en el desarrollo de herramientas de evaluación, estrategias de planificación e intervenciones individualizadas o grupales en diferentes disciplinas y poblaciones (Deward et al., 2013; Shin et al., 2015).

La TSC se considera de gran utilidad para explicar la conducta sexual de los adolescentes nahuas, sin embargo, carece del componente cultural por lo que se integra el concepto de Valores Culturales de la Teoría Transcultural (TTC) de Leininger (1970, 2002), que influye en la salud y bienestar con una visión holística de la persona e inseparable de su cultura.

### **Marco Teórico**

El modelo de Conducta Sexual Segura en Adolescentes Nahuas (MOCSSAN) ha sido desarrollado de manera deductiva de la TSC de Bandura (1986, 2002) y el concepto de valores culturales de la TTC. La TSC ayudó a explicar la interrelación entre los factores personales y los factores ambientales, así como su influencia en la conducta sexual segura. El concepto de valores culturales de la TTC permitió profundizar el factor ambiental sociocultural que es de especial relevancia en cualquier grupo poblacional. A continuación se describen ambas teorías con sus conceptos, para posteriormente presentar los conceptos, la representación gráfica y las proposiciones del MOCSSAN.

## **Teoría Social Cognitiva**

La TSC se enfoca en explicar el funcionamiento psicosocial en términos de causalidad recíproca donde cada persona determina su conducta a partir de la interacción entre factores personales internos y factores ambientales. Esta teoría proviene de la teoría del aprendizaje social de orientación conductista sobre el comportamiento. Bandura (1986) consideró añadir el estudio de los procesos mentales internos (cognitivos) y el ambiente como causa de la conducta. Con estos elementos lo definió como determinismo recíproco y lo representó a través del modelo de reciprocidad triádica que explica que la conducta es el resultado de la interacción continua entre los factores personales: biológicos, afectivos y cognitivos, y el ambiente.

Esta teoría, se fundamenta en la adquisición de destrezas y conductas de modo operante e instrumental, muestra a la persona como un ser proactivo, con capacidad de autorregular, construir, codificar información y llevar a cabo comportamientos que mutuamente influyen en la interacción con el factor personal y el factor ambiental.

Los elementos triadicos personales, los patrones de comportamiento y los eventos ambientales operan como determinantes interactivos que se influyen mutuamente de forma bidireccional. En la causalidad triádica no existe un patrón fijo para la interacción recíproca. Por el contrario, la contribución de cada factor depende de las actividades, las circunstancias situacionales y las limitaciones u oportunidades socioestructurales que identifica la persona.

En el segmento de los factores personales, se muestra la interacción entre el pensamiento, el afecto y la acción. Este proceso, involucra la adquisición, organización y uso de información; así, el efecto de cada acción determina en parte los patrones de pensamiento y las reacciones afectivas vinculadas a las expectativas y las creencias desarrolladas. Este concepto de factores personales abarca las propiedades biológicas, afectivas y cognitivas elementales para la conducta.

*Los factores personales biológicos* corresponden a las cualidades que diferencian a una persona de otra. Esto incluye la maduración sexual, el cual es visible de acuerdo al género y la edad. La influencia de los factores biológicos, genera repercusiones en el comportamiento, y en la capacidad cognitiva y afectiva de la persona.

*Los factores personales afectivos* integran los procesos resultantes de la percepción de situaciones específicas en el entorno que originan una alternativa de respuesta que expresa aceptación o desacuerdo a las situaciones del ambiente o a las personas. Las expresiones de la persona pueden ser de agrado o enojo, y estas pueden ser juzgadas con cierta exactitud a partir de ellas, así las respuestas afectivas constituyen un aspecto integrante de la empatía humana que suelen indicar un comportamiento.

*Los factores personales cognitivos* constituyen la capacidad para desarrollar competencias observables en acontecimientos reales. Enfatizan las cualidades del individuo que ejercen control sobre sus pensamientos, sentimientos y acciones. Estos tienen lugar cuando la persona es capaz de retener un esquema de comportamiento y lo manifiesta cuando pone en práctica ese esquema en espera de un resultado. Otro elemento importante dentro de los factores personales cognitivos es la autoeficacia, considerada como el grado en que una persona cree que puede llevar a cabo una tarea en busca de un resultado (Bandura, 2001).

En esencia, existe una interrelación entre los factores personales y los factores ambientales que genera información y logra relaciones emocionales. Así, las respuestas manifestadas dependen del contexto social y las características cognitivas de la persona, de lo contrario no se observará la influencia mutua de los factores personales y ambientales.

#### *Factores ambientales.*

En el segmento de los factores ambientales se muestra la relación interactiva entre las influencias ambientales y las características de la persona donde las expectativas, las creencias y las competencias cognitivas se desarrollan y modifican por

las influencias del ambiente que transmiten información y generan reacciones emocionales a través del modelado, la instrucción y la persuasión social. La persona también evoca diferentes reacciones de su entorno a partir de su edad, talla, sexo, apariencia física y grupo étnico, manifestando diferentes reacciones sociales en función de su rol y estatus social; es decir, las características de la persona pueden afectar su entorno antes de decir o hacer algo. De esta forma, el ambiente, influye en la intensidad y la frecuencia del comportamiento, del mismo modo que el comportamiento en sí mismo puede tener un impacto en el medio ambiente (Otoo, 2016).

El concepto de factores ambientales incluye el entorno de la persona, que a su vez está representado por la influencia interpersonal y sociocultural como determinantes del comportamiento. La influencia interpersonal hace referencia al grado de exposición para reproducir actitudes y patrones de comportamiento a partir de la interacción familiar, con la pareja, y amigos, que a la vez generan o favorecen la conducta. La influencia sociocultural se observa en función de las creencias compartidas que guían o determinan las relaciones, a través de los roles en sociedad, y las acciones de la persona, por lo que tales influencias se consideran determinantes que llevan a la ejecución (Bandura, 2001).

Uno de los momentos clave de la influencia del entorno sobre el individuo ocurre en la adolescencia. En este período la relevancia para el desarrollo psicosocial de la persona se experimenta a través del contacto interpersonal más allá del círculo familiar, contexto que genera situaciones donde involucran el género, el estatus social y la apariencia física, así como el comportamiento de hombres y mujeres que subyace de valores culturalmente determinados. Lo que favorece un manejo inadecuado de la sexualidad dada la escasa madurez de los adolescentes que, no cuentan con suficientes habilidades de comunicación interpersonal para manejar los procesos de negociación vinculados al uso del condón. Es así, como se visualiza la influencia del ambiente en la persona y en su conducta.

### *Conducta.*

En el modelo de causalidad recíproca se observa la influencia de los factores personales y ambientales en el comportamiento. El comportamiento en la vida cotidiana favorece la capacidad de previsión que permite a la persona aumentar, atenuar o anular su conducta a partir de comportamientos previos, y sobre todo, de las expectativas propias. Se observa así que la conducta es regulada por los propios efectos que generan las experiencias físicas y ambientales asociadas con la aceptación o desaprobación de la conducta realizada.

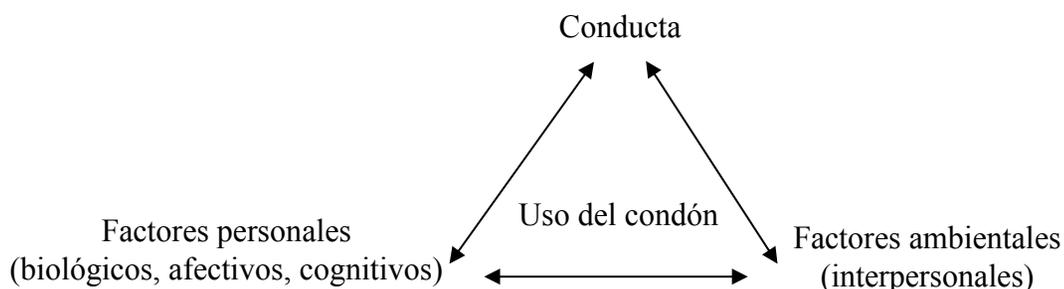
Por lo tanto, la aprobación recompensante de una figura valiosa es más influyente que las expresiones similares de aquel que no representa valor en la vida de la persona, mientras que la desaprobación puede generar efectos desagradables como castigos, privación de beneficios o penalizaciones sin descartar la oportunidad de modificar la conducta mediante el refuerzo y la observación dentro del ambiente (Otoo, 2016).

En este sentido, Bandura (1986) define la conducta como la competencia personal y de control relativa al grado en que se logra realizar una acción. De igual manera, explica que la relación entre los factores personales y los factores ambientales se produce en los intercambios sociales. Mientras el individuo actúa va considerando hacia dónde es probable que le conduzcan sus actos y las consecuencias que puedan traerle. Es una manera de visualizar la influencia recíproca del entorno hacia la conducta, lo que finalmente favorece el desarrollo de incentivos sociales, cruciales en el éxito de las relaciones y la conducta humana. Es así, que la capacidad de la persona le permite retener un esquema de acción que posteriormente ejecutará, en espera de un beneficio personal como el reconocimiento a su acción.

La influencia de la conducta hacia los factores personales se observa cuando se logra sensibilizar a la persona por su habilidad, por sus actos y resultados. Esto a su vez le permite perfeccionar los conocimientos que posee sobre dicha acción, retroalimentar para corregir o mejorar y alcanzar su autosatisfacción mediante sensaciones agradables

que mantienen la conducta. Esto también influirá en los factores ambientales como determinantes recíprocos, observados en conductas saludables o bien en daños consecuentes de conductas de riesgo, como se aprecia en la figura 1.

Figura 1. Modelo de reciprocidad triádica.



*Figura 1.* Como lo señala Bandura, se presentan los factores personales, los factores ambientales, y la conducta, como un resultado de la interacción recíproca de los tres elementos.

### **Contexto ambiental (Teoría transcultural).**

El concepto de contexto ambiental de la TTC, tiene por objetivo visualizar a la persona de forma holística y no segregar sus aspectos culturales para promover y/o mantener la salud individual, familiar o colectiva. Leininger (1970, 2002) plantea a través del Modelo del Sol Naciente que la enfermera debe considerar las dimensiones de los valores y las normas fundamentales de la cultura como factores que influyen en la vida y el comportamiento de la persona.

Los valores culturales dan sentido a las expresiones humanas, suelen socializarse en diferentes contextos para demostrar la identidad y los significados aprendidos o transmitidos que generan un impacto en la salud de la población. Según el grupo social, existen diferentes necesidades debido a la variante cultural de las expresiones, procesos

y patrones de conducta entre las personas, donde la importancia radica en la imagen de poder atribuida socialmente, los estilos de vida, los roles sociales y las diferencias individuales. Los valores culturales otorgan características dominantes que enfatizan las expectativas de la salud individual o colectiva con tendencia a la predisposición de los determinantes de la salud (Bacote, 2002; McFarland, 2002).

Leininger (1970, 2002) se refiere a la cultura como las formas de vida individual o grupal que incluyen valores, creencias, normas y patrones de práctica compartidos y transmitidos entre generaciones. La autora hace referencia a que en cada cultura existen diferentes o variados significados, patrones, valores, símbolos y formas de vida. Es por esto que los individuos o grupos, tienen diferentes formas de ver y entender el mundo que les permite asignar un valor, una imagen o una perspectiva acerca de su vida y del mundo. De lo anterior se desprenden las dimensiones de estructura cultural y social que son patrones dinámicos y holísticos en interrelación (subcultura) como los factores religiosos y filosóficos, el parentesco y los factores sociales, los factores políticos y legales, los factores económicos, los factores educativos, los factores tecnológicos, y el lenguaje y los factores etnohistóricos de diferentes culturas.

De acuerdo con esto, podemos decir que los individuos desde su contexto ambiental otorgan significado a las situaciones o experiencias de vida que guían sus decisiones dentro de un ambiente particular. De acuerdo con este punto de vista, se observan y valoran los fenómenos desde una perspectiva interna o local (emic) y una perspectiva externa (etic). Para Leininger (2002), la salud es un estado de bienestar o recuperación que culturalmente está constituido, definido, valorado y practicado por los individuos o grupos que los lleva a funcionar en su vida diaria. Para fines de este estudio se consideró el concepto de valores culturales de la teoría transcultural. Mismo que fue utilizado para complementar el concepto de factores ambientales que refiere Bandura.

El contexto sociocultural abarca las normas, la religión y los valores. Las normas culturales se definen como las reglas de un grupo específico que se usan para determinar

si sus conductas, valores, creencias y actitudes son apropiados. Las normas culturales pueden estar implícitas en prácticas o rituales (Bernkopfová, 2014). Éstas junto con los roles, sirven como determinantes principales de las actitudes e intenciones conductuales en sociedades colectivas. Conforme a esto, se observa que los valores sociales son considerados muy importantes. En México, los miembros de la familia influyen en las normas y los roles de cada género. Es a través de esta interacción que se logra la transferencia de actitudes, valores y conductas.

Los roles a menudo son referidos como las actividades aceptables por un individuo dentro del grupo familiar. Para los hombres el concepto de machismo o masculinidad es un aspecto predominante de la identificación de género. Tradicionalmente el machismo es considerado una manifestación de autoritarismo, virilidad y dominio. Sin embargo, una definición más actual de machismo incluye una mezcla de tenacidad y sexualidad, junto con una fortaleza intelectual sensible a la responsabilidad y el honor. El concepto de marianismo para las mujeres simboliza sumisión, humildad y sacrificio, con tendencia a la ternura y el cuidado de la familia. Los roles de género en México están claramente diferenciados, especialmente en los grupos indígenas (Correa, García & Saldivar, 2013; Moises, 2012).

Castillo (2008) define las normas culturales relacionadas con las conductas sexuales como mecanismos positivos para organizar roles cooperativos. Estas normas, también pueden a menudo crear situaciones de inequidad entre los géneros con la distribución de poder orientado hacia los hombres. Los roles de género son afirmaciones de igualdad y distribución de poder entre géneros. Incluye una expectativa o estereotipo de los roles sexuales del hombre y la mujer que puede afectar la salud sexual y reproductiva. Dentro de la sociedad, es aceptable que los hombres puedan tener múltiples parejas donde el sexo sin protección se da con frecuencia. En el caso de las mujeres, es común que no hablen acerca del sexo seguro por lo que la falta de

negociación en el uso del condón aumenta su riesgo sexual (Correa, García & Saldivar, 2013).

Otro aspecto imprescindible de la cultura es la religión. Su importancia radica en la medida que coadyuva a explicar la situación sociocultural donde está inmersa la población. Da estructura y significado a las conductas y expresiones humanas. Debido a que es un patrón presente desde el nacimiento, se aprende en la infancia y es reforzado a lo largo de la vida como un esquema elemental. Permite generar una percepción que refleja las ideas y los comportamientos de las personas (Moshman, 2011; Whitbourne, Sneed, & Sayer, 2009). Como parte de la cultura, la religión define un sistema de símbolos y rituales con elementos primarios para representar significados (Ramírez, 2018). Estos se expresan en los rasgos de integración de los pueblos, porque permite crear lazos de identidad, sentido de pertenencia y fortalece su espíritu (comportamiento religioso). Se fusionan en los ritos o prácticas religiosas centradas en las creencias específicas y características del contexto social. Al interactuar con las dinámicas o conflictos existentes, la religión se convierte en un portador de valores que da lugar al fomento de las relaciones familiares, la promoción de la familia nuclear, así como la fidelidad. Desalienta el matrimonio entre parientes cercanos, y condena la poligamia y el divorcio (Korotayev, 2003). Es así como cristaliza en cierta medida los patrones culturales que tienen origen en situaciones distintas a la religiosidad, sobre todo cuando se enfrentan a una realidad dinámica.

En los grupos indígenas de la sierra nororiental de Puebla predomina la religión católica. Sin embargo, posee una diversidad debido a la sobrevivencia de cultos que conservan rasgos de la cultura nativa, mezcladas con símbolos y ritos propios, esto favorece el reconocimiento y la trascendencia a través de la participación en los sacramentos y el reconocimiento de la autoridad clériga.

Para Parker (2006), las creencias son constructos cognitivos (credos) compartidos a través de la interacción social que dan a la persona entendimiento y

sentido común. Se relacionan con una manera particular de entender y comunicar, manera que crea un sentido de pertenencia espiritual. Así destacan las creencias religiosas sobre las condiciones de salud de las personas que muestran relevancia extrínseca en la interacción religiosa y la participación litúrgica, mientras que de forma intrínseca se considera la oración, la fe, leer las escrituras o la meditación, con beneficios favorables sobre la salud sexual (Regnerus & Smith, 2005; Vargas, Martínez, & Potter, 2010).

Debido a la influencia de la religión sobre la conducta de las personas, incluida la sexual, se espera un comportamiento apegado a la religiosidad, de lo contrario se consideran conductas moralmente inaceptables. Eventualmente, esta influencia se asocia al inicio tardío de la vida sexual entre los jóvenes y la abstinencia sexual como medida preventiva. Grupos protestantes (metodistas) consideran el uso del condón como un mal menor que evita un mal mayor, mientras que desde la perspectiva de la iglesia católica, se piensa que el sexo sólo debe ocurrir dentro del matrimonio. Sin embargo, a quienes practican el sexo fuera del matrimonio, se les insta a tomar precauciones correctas (uso del condón) como práctica de sexo seguro (Drezin, Torres, & Kieran, 2007).

En el caso de la identidad étnica, se puede decir que ésta otorga un marco de referencia, estabilidad y seguridad que genera sentimientos de igualdad compartidos entre un grupo social, generalmente minoritario. La identidad es una condición de pertenencia, que implica la percepción propia y de quienes le rodean, ya sea familiares, compañeros del trabajo, escuela, o en actividades religiosas; al suceder esto, el individuo existe para sí mismo y para los demás.

La importancia radica en preservar los valores y creencias, las cuales se transmiten en interacción cotidiana para consolidar y fortalecer la identidad cultural (Rosales & Mino, 2012). Cuando se carece de identidad o esta apreciación es débil, hay resultados negativos para la salud con un impacto en el grupo colectivo como el rechazo o la segregación. Parte de estos resultados se reflejan en la escasa libertad para tomar

decisiones sobre la vida sexual y reproductiva, sobre todo en las mujeres. Los hombres responden a una serie de patrones que exigen demostrar su masculinidad, su poder y fuerza en sus diferentes relaciones sociales, incluyendo su capacidad y potencia sexual, accediendo a relaciones sexuales en general no protegidas y con diferentes parejas.

En otros casos, los hombres indígenas desconocen el condón como una forma de protección sobre ITS y VIH. Se considera que usar condón incrementa la actividad sexual sin control, y favorece la infidelidad en los hombres, mientras que ellos lo consideran un gusto personal, refiriéndose a usar o no condón durante la relación sexual.

Por su parte, las mujeres están de acuerdo en el uso del condón. Afirman que es bueno utilizarlo para evitar el SIDA, pero en muchas culturas, las mujeres no tienen el poder de insistir en el uso del condón, tanto dentro como fuera del matrimonio, y expresan temor de ser juzgadas y cuestionadas sobre su fidelidad (ONUSIDA, 2013; PEPI, 2014).

#### **Modelo de conducta sexual segura en adolescentes Nahuas (MOCSSAN).**

Utilizar la vertiente psicológica de Bandura, complementada con el concepto sociocultural permite tener una explicación más amplia de la conducta sexual, específicamente, el uso del condón en adolescentes Nahuas desde una perspectiva social-cognitiva-cultural.

Esta teoría tiene como objetivo explicar la relación entre los factores personales y ambientales y cómo éstos influyen en la conducta sexual segura en adolescentes Nahuas.

Considerando los conceptos teóricos se construyeron conceptos más específicos y menos abstractos que pudieron ser evaluados de manera empírica a través del MOCSSAN. Estos se presentan a continuación. El modelo parte de los tres supuestos principales derivados de la TSC de Bandura.

1. Los factores personales biológicos, afectivos y cognitivos de los adolescentes evolucionan a partir de la maduración y la experiencia, sin embargo, logran ejercer

control sobre sus pensamientos, sentimientos y acciones, que pueden influir en su conducta sexual.

2. Los adolescentes se encuentran inmersos en un ambiente interpersonal del que pueden sentirse satisfechos o molestos, y manifestarlo en su conducta sexual.
3. Los valores culturales tienen influencia en la conducta del adolescente y puede observarse en sus acciones y expresiones de pertenencia al grupo étnico.

En la figura 2, se presenta la estructuración de los conceptos del MOCSSAN desarrollados deductivamente de la TSC de Bandura.

Figura 2. Estructuración de los conceptos del MOCSSAN.

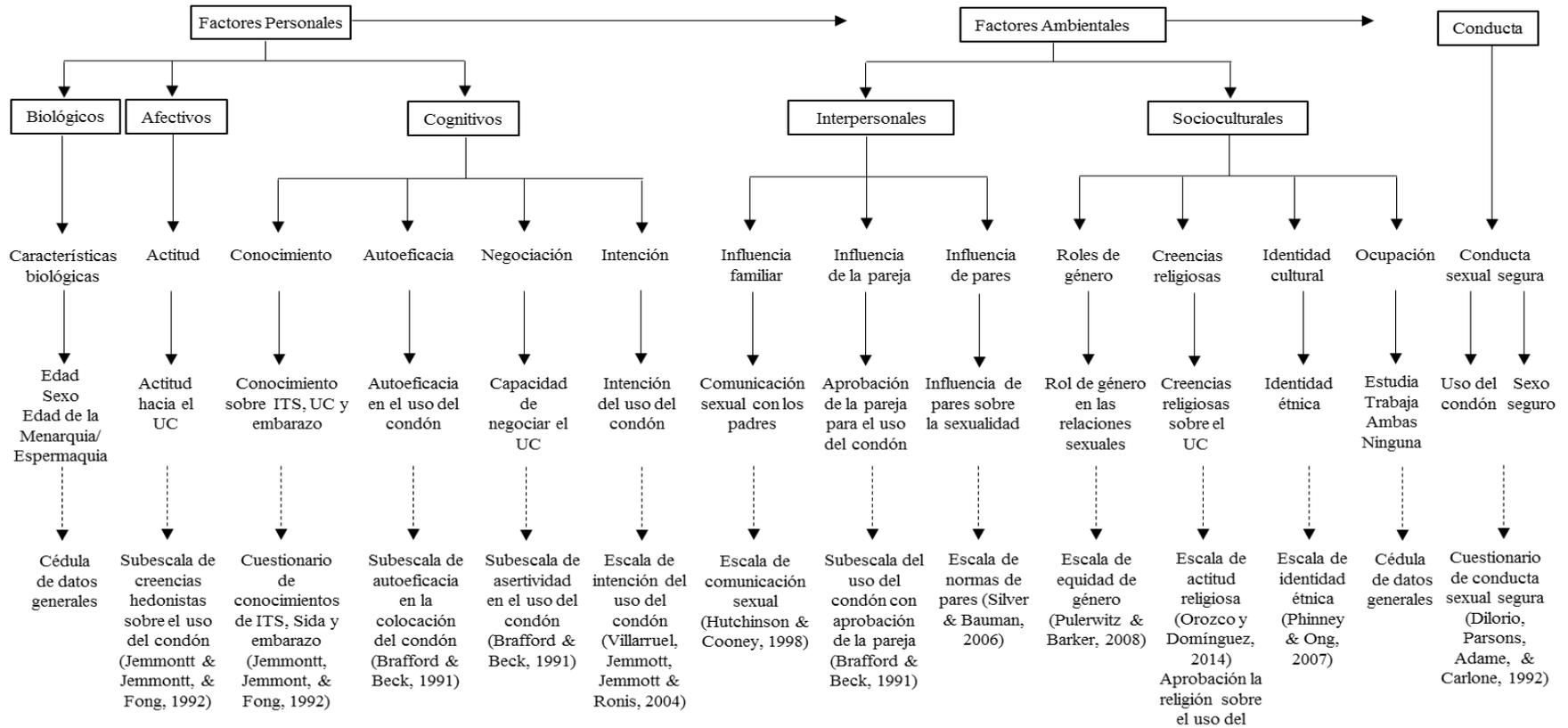


Figura 2. Contiene en el nivel más abstracto los constructos y conceptos de la TSC. En el siguiente nivel los conceptos del MOCSSAN que serán evaluados de manera empírica. El nivel más concreto contiene los indicadores empíricos para la medición de cada uno de los conceptos incluidos. Se observan también las relaciones unidireccionales entre cada concepto.

A partir del constructo factores personales de la TSC que incluye lo biológico, lo afectivo y lo cognitivo, se conceptualizaron los siguientes conceptos del MOCSSAN. Del factor personal biológico se consideraron la edad, el sexo y la edad de la menarquía/espermaquia del adolescente nahua. Del factor personal afectivo se derivó el concepto de actitud hacia el uso del condón. Del factor personal cognitivo se derivaron los conceptos de conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo; autoeficacia para el uso del condón; capacidad de negociar el uso del condón; e intención del uso del condón. Considerando el constructo de factores ambientales de la TSC que incluye la influencia interpersonal, se describieron los conceptos comunicación sexual con los padres, aprobación de la pareja para usar condón e influencia de pares sobre la sexualidad. Asimismo, considerando la limitación del constructo hacia el enfoque sociocultural se integra el concepto de Valores Culturales y se deriva el concepto de influencia sociocultural que integra rol de género en las relaciones sexuales, creencias religiosas, identidad étnica, y ocupación del adolescente.

Por último, la conducta se conceptualizó como conducta sexual segura, uso del condón y sexo seguro, desarrollados igual que los anteriores de manera deductiva de la TSC.

En la figura 3, se presenta el MOCSSAN con sus principales componentes. Se observa la relación entre los factores personales biológicos, afectivos y cognitivos, así como los factores ambientales interpersonales y socioculturales que influyen en la conducta sexual segura del adolescente Nahua.

El primer bloque contempla los factores personales biológicos, que son las características generales de la persona que influyen en la conducta sexual segura, el uso del condón y el sexo seguro. Se considera *a) edad*, que corresponde al número de años cumplidos del adolescente; *b) sexo*, que es la característica que diferencia al hombre de la mujer y se expresa en términos de masculino y femenino; *c) edad de la menarquía* y

*espermaquia*, que son signos biológicos en que la mujer presenta por primera vez la menstruación y en el caso del hombre, la primer eyaculación.

El segundo bloque corresponde a los factores personales afectivos, donde se considera: *a) actitud hacia el uso del condón*, como la percepción del adolescente acerca de que los condones son cómodos, no interfieren con el placer sexual y hacen que la relación sexual sea más divertida.

El tercer bloque se refiere a los factores ambientales interpersonales que incluyen: *a) comunicación sexual con los padres*, que se refiere a la cantidad de información proporcionada por los padres al adolescente sobre la conducta sexual, el uso del condón, la protección a la ITS y la prevención del embarazo; *b) aprobación de la pareja para el uso del condón*, que corresponde a la habilidad del adolescente para expresar sus opiniones, sentimientos, y creencias, y respetar la opinión de la pareja sobre el uso o no del condón; *c) la influencia de pares sobre la sexualidad*, que se refiere a la percepción de la popularidad entre amigos o pares a partir del comportamiento sexual, el embarazo en la adolescencia y el número de parejas sexuales.

El cuarto bloque corresponde a los factores ambientales socioculturales que abarca: *a) rol de género en las relaciones sexuales*, señala las actitudes equitativas hacia la pareja en tareas domésticas y de la vida, salud reproductiva y prevención de enfermedades y violencia que influyen en la toma de decisiones y en la relación sexual; *b) creencias religiosas*, señalan la opinión en la aprobación de la religión sobre el uso del condón y considera la importancia de la oración, los rituales y la espiritualidad en la vida de las personas; *c) identidad étnica* que manifiesta la expresión de sentimientos del adolescente hacia el grupo étnico mediante actividades de exploración y aprendizaje que reafirman su pertenencia o apego al grupo étnico; y *d) ocupación* se refiere a la principal actividad a la que se dedica el adolescente, ya sea estudiar, trabajar, o ambas.

El quinto bloque contempla los factores personales cognitivos, que agrupa *a) conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo*, y corresponde a la información que

posee el adolescente sobre la prevención, las vías de trasmisión y la protección de las ITS, así como el uso del condón y la prevención de embarazo, la cual puede provenir de experiencias previas o de la concepción acerca de cómo protegerse; *b) autoeficacia para el uso del condón*, señala la creencia del adolescente en su habilidad para comprar, colocar, usar y/o retirar el condón o colocárselo a la pareja durante la relación sexual sin sentir vergüenza o reducir la sensación sexual; *c) capacidad de negociar el uso del condón*, define la disposición o habilidad del adolescente para proponer, dialogar y persuadir a la pareja estable u ocasional la necesidad del uso del condón en la relación sexual; e *d) intención del uso del condón*, que se refiere a la probabilidad percibida por el adolescente para usar condón si tuviera relaciones sexuales en los próximos tres meses.

En el último bloque se encuentra la variable resultado *conducta sexual segura*, que se refiere al uso del condón en cada relación sexual, anal, vaginal u oral, ya sea con la pareja habitual u ocasional; evitar conductas de riesgo como tomar alcohol o drogarse previo a las relaciones sexuales, y evitar el contacto con secreciones.

Figura 3. Relación de los conceptos del MOCSSAN.

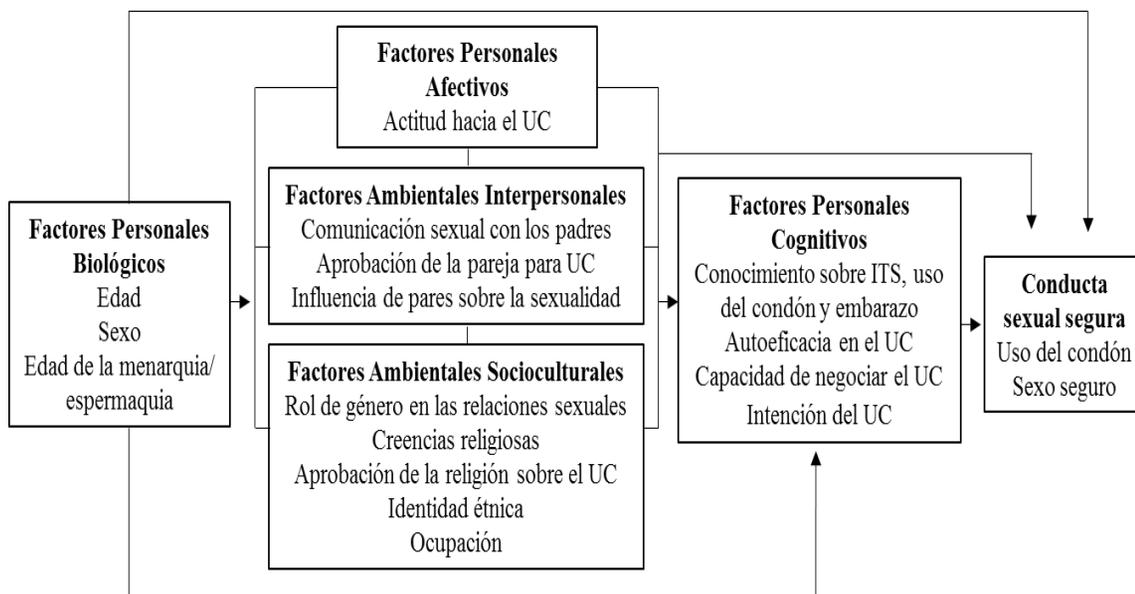


Figura 3. Se presenta la relación de los conceptos del MOCSSAN a partir de la estructura conceptual teórico empírica, la teoría social cognitiva y el concepto de Leininger.

Derivado de lo anterior, se establecen las siguientes proposiciones:

- 1.- Los factores personales biológicos tienen efecto en la conducta sexual segura, el uso del condón y el sexo seguro.
- 2.- Los factores personales biológicos tienen asociación con los factores personales cognitivos.
- 3.- Los factores personales biológicos tienen efecto en los factores personales afectivos, en los factores ambientales interpersonales y en los factores ambientales socioculturales.
- 4.- Los factores personales afectivos tienen relación con los factores ambientales interpersonales y con los factores ambientales socioculturales.
- 5.- Los factores personales afectivos, los factores ambientales interpersonales y los factores ambientales socioculturales se asocian con los factores personales cognitivos.

6.- Los factores personales afectivos, los factores ambientales interpersonales y los factores ambientales socioculturales influyen en la conducta sexual segura, el uso del condón y el sexo seguro.

7.- Los factores personales cognitivos influyen en la conducta sexual segura, el uso del condón y el sexo seguro.

### **Estudios relacionados**

A continuación se presentan los estudios de investigación correspondientes a este fenómeno de interés, así como sus variables y la relación entre ellas. Cabe destacar que uno de los criterios de inclusión para la literatura fue que los participantes de los estudios presentados fueran adolescentes indígenas, nativos, de tribus o de comunidades rurales. Asimismo, debido a que la literatura en este grupo poblacional es escasa acerca del uso de condón también se incluyeron resultados de estudios de otras conductas sexuales relacionadas. Posterior a cada variable se presenta una síntesis de los estudios.

### **Factores personales biológicos**

#### ***Edad***

Decat et al. (2015) a través de un estudio transversal y con una muestra de 2,803 participantes analizaron los factores que determinan los comportamientos sexuales de adolescentes de barrios pobres. Ellos señalaron que la edad es un factor determinante de la actividad sexual; 2% de mujeres y el 8% de los varones reportaron ser sexualmente activos. El no vivir con los padres, o vivir solo con uno, incrementa la probabilidad de iniciarse sexualmente, aunque con menor impacto en los varones. La regresión logística sobre el uso de condón mostró que vivir con un sólo padre, tener suficiente información sobre la sexualidad y hablar con amigos favorece el uso del condón.

Haley, Puskar, Terhorst, Terry y Charron (2012) realizaron un estudio de corte transversal, descriptivo y correlacional para identificar los factores que predicen el uso del condón. Participaron 631 jóvenes rurales de 13 a 19 años de edad. Encontraron que a

mayor edad, menor es la probabilidad de usar protección (odds ratio [OR] = .78, intervalo de confianza [IC] = [.63, .96]) y que los varones fueron más propensos a usar condones (OR = 3.17, IC = 1.93, 5.21) en comparación con las mujeres (OR = 2.45, IC = 1.69, 3.67), lo que exhorta a fortalecer las acciones en adolescentes de comunidades rurales para prevenir el coito sin protección.

Mostafa (2012) examinó la relación de la edad, la sexualidad y la prevención de VIH/SIDA entre jóvenes étnicos. Los resultados muestran que la incidencia de las relaciones sexuales con múltiples parejas es mayor entre adolescentes que en los individuos de mayor edad (49% vs. 11%). La edad de debut sexual tuvo asociación inversamente significativa ( $p < .001$ ) con las relaciones sexuales con múltiples parejas y hubo un 47% de prevalencia de sexo con múltiples parejas en los que iniciaron antes de los 15 años. La sexualidad prematrimonial fue estadísticamente significativa en quienes tuvieron y no esta experiencia, 34% frente al 2%.

Santelli et al. (2015) identificaron los factores de riesgo y la iniciación sexual en adolescentes rurales. Mediante la regresión de Poisson se estimaron las razones de incidencia ( $n = 5,126$ ). Los resultados mostraron que la experiencia sexual es más común entre las mujeres. Los factores asociados incluyen la edad, la no afiliación escolar, el consumo de alcohol y ser huérfano. La experiencia sexual entre los jóvenes se asoció a factores tanto personales como sociales y su cambio influye en la experiencia y el inicio de la vida sexual.

Saturno (2012) investigó la influencia del sexo y la edad en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. Los resultados de ANOVA revelan una diferencia significativa. Lo que muestra que el sexo y la edad influyen significativamente en evitar situaciones de riesgo sexual, ( $F_{[31,857]} = 31.85, p < .05$ ) con el 15% de la varianza y ( $F_{[7,283]} = 7.28, p < .05$ ) con el 4% de la varianza respectivamente. Por tanto, al paso del tiempo mejora la capacidad para evitar estas

conductas y se atribuye que la conducta sexual de riesgo puede deberse a la edad del adolescente, pero son las mujeres quienes mejor evitan situaciones de riesgo sexual.

*Síntesis.* Los estudios muestran una asociación entre la edad y las situaciones sexuales de riesgo. Con el paso del tiempo mejora la capacidad para evitar estas conductas. Así mismo, la incidencia de múltiples parejas sexuales es mayor entre adolescentes que en adultos, y se observa que a mayor edad menor es la probabilidad de usar protección. La experiencia sexual entre los jóvenes puede modificarse por la influencia de factores personales y socioculturales, de aquí la importancia de abordar aspectos del entorno.

### ***Sexo***

Bello, Palacio, Rodríguez y Oviedo (2013) analizaron la intención de la actividad sexual y sus diferencias por sexo en 1,777 adolescentes de 11 a 19 años. En los resultados sobre intención de riesgo e intención de protección se obtuvieron datos significativos ( $t = 1.75 = 21.24, p < .001$ ), ( $t = 1.74 = 6.07, p < .001$ ). Es decir, que en el grupo masculino ( $M = 2.56$ ) y en el femenino ( $M = 1.50$ ) existen diferencias de intención. Así mismo, en el caso de la intención de protección, los hombres también muestran el mayor valor ( $M = 3.87$ ) en contraste con las mujeres ( $M = 3.49$ ).

Olapegba, Idemudia y Onuoha (2013) exploraron las diferencias de sexo en el comportamiento sexual de 250 adolescentes escolares. La prueba  $t$  reveló diferencias significativas ( $t = -4.08, p < .05$ ). Las adolescentes mostraron mayor disposición a la conducta sexual responsable y a negociar el sexo seguro con la pareja que los hombres. La posible explicación es la cultura, la comunicación padre-hijo y las normas sociales que promueven los lazos emocionales entre la adolescente y la madre en los roles y expectativas para la vida adulta.

Ramiro, López y Bermúdez (2011) realizaron un análisis comparativo en función del sexo y la transmisión del VIH entre adolescentes indígenas mexicanos. La muestra fue de 300 participantes de 14 a 19 años. Los resultados señalan que los varones

indígenas presentaron mayores actitudes negativas hacia el uso del condón con diferencias significativas en los varones ( $U = 1.62, p < .001$ ) y actitudes negativas hacia el uso del condón ( $U = 1.33, p < .001$ ). Se puede observar que la actitud hacia el uso del condón predice el uso del mismo, siendo esto una actitud positiva indispensable para llevar a cabo la conducta preventiva.

Uribe, Andrade, Zacarías y Betancourt (2013) con el propósito de conocer el uso del condón en parejas formales y ocasionales, realizaron un estudio descriptivo y correlacional en 552 adolescentes. En los resultados de la  $t$  de Student, los hombres tuvieron mayor promedio del uso del condón en las relaciones sexuales ocasionales a diferencia de las mujeres ( $p < .001$ ). En la correlación de *Pearson* se observó una asociación positiva entre el sexo, el uso del condón y la aceptación del uso del condón ( $r = .24, p < .001$ ); es decir, los hombres tienden a usar con mayor frecuencia el condón mientras mayor sea su aceptación.

Zhen, Fisher y Lewis (2014) describieron la asociación entre la educación sobre VIH/SIDA y las características demográficas en 16,109 estudiantes adolescentes. Los resultados mostraron que a mayor edad los adolescentes son más propensos a tener educación sobre el VIH/SIDA. En relación al género, las mujeres reportaron mayor educación (88%) que los hombres (86%). Los adolescentes con educación sobre el VIH/SIDA reportan menos probabilidades (41%) de tener relaciones sexuales antes de los 13 años ( $OR = .59, IC = .44, .78$ ) y de usar drogas ( $OR = .22, IC = .12, .30$ ) que los que no reciben educación.

*Síntesis.* Los estudios muestran la asociación entre el sexo y la conducta sexual. Los hombres inician actividad sexual a menor edad que las mujeres y tienen un mayor número de parejas sexuales. Las mujeres muestran mayor disposición a la conducta sexual responsable y son los lazos emocionales entre la niña y la madre los que pueden modificar tal respuesta debido a los roles y expectativas para la vida adulta.

### ***Edad de la menarquia***

Cheong et al. (2015) examinaron la relación entre la edad de la menarquia y el comportamiento sexual en adolescentes femeninas en una muestra de 17,867 participantes. En los resultados, la edad de la menarquia representó un riesgo mayor para el inicio de relaciones sexuales ( $OR = 2.35$ ,  $IC = 1.65, 3.36$ ), el sexo sin protección ( $OR = 1.92$ ,  $IC = 1.06, 3.46$ ) y el embarazo ( $OR = 5.72$ ,  $IC = 2.31, 14.15$ ). Por lo tanto, se observa que la educación integral hacia la salud sexual requiere programas tempranos dirigidos a las niñas que aún no experimentan la menarquia.

Leal, Stuardo, Molina y González (2015) determinaron la asociación entre la edad de la menarquia y las conductas de riesgo sexual en adolescentes, a través de un estudio de corte transversal con una muestra de 1,844 participantes. El inicio de la actividad sexual antes de los 15 años se presentó en 39.4% y en 22.3% de adolescentes con menarquia temprana y no temprana, respectivamente ( $OR = 1.88$ ,  $IC = 1.46, 2.43$ ), asociado a la disfuncionalidad familiar ( $OR = 2.08$ ,  $IC = 1.45, 2.99$ ) y ausencia de los padres ( $OR = 1.74$ ,  $IC = 1.09, 2.76$ ), esto muestra la importancia de promover comportamientos sexuales seguros desde temprana edad y dar seguimiento durante el proceso de maduración.

O'Connor et al. (2014) evaluaron la epidemiología de las ITS en indígenas que asisten a servicios de salud sexual de Australia. Los resultados mostraron una tendencia de ITS en mujeres ( $p < .001$ ), pero no en hombres. Los factores asociados fueron edad más joven y ser heterosexual, tener relaciones sexuales y vivir en un área marginada. El análisis ajustado por edad mostró que las ITS están fuertemente asociadas a las mujeres que han alcanzado la menarquia ( $OR = 2.99$ ,  $IC = 1.51, 5.9$ ).

Pires, Araujo, Pereira y Canavarro (2014) estudiaron los factores predictores del inicio de la vida sexual en 889 adolescentes étnicos. En sus resultados encontraron el inicio de la vida sexual entre los 11 y 19 años. Las pruebas de  $t$  revelaron significancia estadística del inicio de la vida sexual entre las más jóvenes con estructura familiar no intacta ( $M = 14.9$ ,  $DE = 1.3$ ,  $t = -3.16$ ,  $p = .002$ ), historias maternas de embarazo

adolescente ( $M = 14.9$ ,  $DE = 1.4$ ,  $t = 3.43$ ,  $p < .001$ ), con asociación positiva entre la edad de la menarquia y el inicio de la vida sexual ( $r = .25$ ,  $p < .001$ ), lo que aumenta el riesgo de embarazo adolescente.

Sharma et al. (2015) observaron en 2,278 participantes que las adolescentes tribales se involucran en actividades sexuales a temprana edad y aún más después de la menarquia. El análisis univariado ajustado por edad mostró que las ITS están fuertemente asociadas a adolescentes que han alcanzado la menarquia ( $OR = 2.99$ ,  $IC = 1.51, 5.9$ ,  $p = .002$ ). El análisis multivariante resultó con una asociación fuerte entre ITS, la menarquia ( $OR = 3.1$ ,  $IC = 2.03, 4.73$ ;  $p < .001$ ) y tener novio ( $OR = 3.4$ ,  $IC = 2.11, 4.85$ ,  $p < .001$ ). Hallazgos que indican que las ITS se adquieren en la adolescencia temprana, lo que amerita gestionar mayor atención a la salud reproductiva y la protección a factores de riesgo sexual.

*Síntesis.* Los estudios muestran la asociación entre la menarquia y la conducta sexual, la primera resulta un factor clave para el comienzo de la vida sexual activa, tener múltiples compañeros sexuales, relaciones sexuales sin protección y embarazos no planeados con el riesgo a transmitir o adquirir alguna ITS incluido el VIH, por lo que afrontar oportunamente la problemática exige trabajar desde etapas iniciales.

### ***Edad de la espermaquia***

Useche, Quiceno, Mendoza y Triana (2014) realizaron un estudio transversal, descriptivo y no experimental para caracterizar el comportamiento sexual en adolescentes. La muestra fue de 603 participantes de 18.9 años en promedio, 58.4% mujeres y 41.6% hombres. Reportaron que la primera eyaculación ocurrió a los 13 años y la primera menstruación a los 12. Así mismo, los hombres manifestaron que el primer coito vaginal sucedió a los 15 años, mientras que las mujeres reportaron que sucedió a los 16 años, con una diferencia significativa de  $p < .001$ . La prevalencia de uso regular del condón en el coito vaginal fue de 60% en hombres y 36.2% con un valor de

$p < .001$  en mujeres. Mientras que en ambos sexos, 67% presentó al menos una ITS a los 18 años en promedio.

Campbell, Prossinger y Mbzivo (2005) exploraron el momento de los eventos puberales y su relación con el inicio del comportamiento sexual, participaron 442 adolescentes de 12 a 18 años. En los resultados, los modelos de regresión múltiple indicaron que la primera emisión espontánea nocturna fue el predictor más fuerte del comportamiento sexual que las características sexuales secundarias. Esto confirma que las emisiones nocturnas espontáneas se pueden utilizar como un marcador de la pubertad entre los adolescentes varones.

Lee, Yang, Chueh, Park y Yoo (2017) evaluaron el efecto de la primera eyaculación sobre el riesgo y los comportamientos sexuales en adolescentes varones coreanos. En los resultados, la primera eyaculación mostró una asociación positiva con las relaciones sexuales ( $OR = 3.27$ ,  $IC = 2.56, 4.17$ ), con el debut sexual ( $OR = 7.45$ ,  $IC = 5.00, 11.10$ ) y con haber tenido una ITS ( $OR = 6.60$ ,  $IC = 3.94, 11.08$ ). La asociación positiva de la primera eyaculación nocturna y las conductas sexuales en los adolescentes varones, muestra la necesidad de educación proactiva sobre el comportamiento sexual de los adolescentes que alcanzan la madurez sexual.

*Síntesis.* Los estudios señalan que la primera eyaculación es un predictor importante del comportamiento sexual, sin embargo, la baja incidencia del uso del condón en el coito sexual contribuye al desarrollo de ITS entre los adolescentes. Situación que manifiesta la necesidad de proteger a este grupo en aspectos educativos entorno a la conducta sexual.

### **Factores personales afectivos**

#### ***Actitud hacia el uso del condón***

Renjhen, Kumar, Pattanshetty, Sagir y Samarasinghe (2010) evaluaron la actitud hacia los métodos de planificación familiar y prácticas anticonceptivas en adolescentes de Sikkim, India. Con un muestreo en bola de nieve y 156 participantes, obtuvieron los

siguientes resultados: el 23% citó que los anticonceptivos interfieren con el placer sexual, el 19% consideró que usar anticonceptivos puede causar debilidad y el 10% cree que puede conducir a la obesidad. Sin embargo, 81% de los participantes reportó usar condones y 17% píldoras anticonceptivas combinadas como métodos de planificación familiar.

Masoda y Govender (2013) realizaron un estudio descriptivo y transversal para determinar el conocimiento, las actitudes y las prácticas del uso del condón en estudiantes universitarios. Bajo un muestreo aleatorio 138 participantes conformaron la muestra. En los resultados, el 76% manifestó que los condones pueden prevenir los embarazos y las ITS, así como el VIH. El 35% declaró que los condones pueden desgarrarse, 24% que pueden quedarse dentro de la vagina y 23% consideró que los condones reducen el placer e implican una falta de confianza sobre la pareja.

García, Menéndez, Fernández y Cuesta (2012) estudiaron la sexualidad, la anticoncepción y la conducta sexual de riesgo en adolescentes. Bajo un muestreo estratégico 815 participantes fueron incluidos. En los resultados, 63% reportó que su primera relación sexual fue con su pareja actual, 15% no la conocía y 53% no lo planeó. Sin embargo, el 82% usó condón como método anticonceptivo, sin embargo, 51% manifestó que no se disfruta igual, 31% que la pareja se negó a usarlo, y 37% que tiene pareja estable y no lo usa. Finalmente, las conductas de riesgo se presentaron en mayor frecuencia en los hombres ( $M = 1.16$ ) que en las mujeres ( $M = .70$ ).

Teva, Bermúdez y Ramiro (2014) realizaron un estudio transversal y descriptivo para evaluar la relación entre la satisfacción sexual, la actitud hacia el uso del condón y el uso del condón en las relaciones sexuales en adolescentes de 14 a 19 años. La muestra fue de 1,504 participantes de ambos sexos. En los resultados, el uso del condón en la primera relación sexual vaginal fue significativo ( $\chi^2 = 17.45$ ,  $p = .002$ ) en los hombres, y ( $\chi^2 = 13.70$ ,  $p = .008$ ) en las mujeres; es decir, a mayor actitud positiva hacia el uso del condón mayor probabilidad de usarlo en la primera relación sexual vaginal. Así también,

se obtuvo un modelo significativo ( $\chi^2 = 17.45$ ;  $p = .002$ ;  $R^2 = .18$ ) en el uso del condón en la primera relación sexual anal en varones, del cual se determina que a mayor actitud positiva hacia el uso del condón mayor probabilidad de su uso en la primera relación sexual anal.

Nwozichi, OJewole y Farotimi (2016) realizaron un estudio descriptivo para evaluar la comprensión de las actitudes hacia el uso del condón y las conductas sexuales en estudiantes de Karnataka, India. Participaron 212 jóvenes. En los resultados el 55.6% de los hombres y el 50% de las mujeres estuvieron de acuerdo en que no disfrutaban del sexo al usar condones, 38.7% de hombres estuvo en desacuerdo en que el uso adecuado del condón mejora el placer sexual y 47.7% de las mujeres no estaban decididas. En los hombres, el 47.6% señaló que el aspecto sensorial de los condones es desagradable y 44.3% de las mujeres no estuvo de acuerdo. El 39.5% de los hombres y el 43.2% de las mujeres estuvieron de acuerdo en que el condón arruina el acto sexual natural. El 47.6% de los hombres informó su intención de ceder a las relaciones sexuales sin protección si sus parejas lo deseaban, mientras que ellas señalaron no estar seguras de esto. El 68.5% de los hombres informó haber tenido relaciones sexuales con personas en riesgo de contraer el VIH/SIDA y el 50% de las mujeres no estuvo de acuerdo con esto.

*Síntesis.* Los estudios muestran la asociación entre la actitud y la conducta sexual del adolescente hacia la prevención de embarazos, la reducción de las ITS/SIDA, obtener condones e información sobre su uso. Así también, la actitud positiva entre los adolescentes hacia el uso del condón puede emplearse para enfocar programas de prevención en el fomento del uso del preservativo tanto masculino como femenino en este grupo de población.

## **Factores personales cognitivos**

### ***Conocimientos sobre ITS, uso del condón y embarazo***

Alfaro et al. (2015) evaluaron los hábitos sexuales en 2, 412 adolescentes de provincia a través de un estudio transversal y descriptivo. El 81% de los participantes reportó tener información muy buena o buena sobre sexualidad y el 75% sobre ITS. El 91.3% declaró utilizar un método anticonceptivo, donde el condón era el más utilizado (89.6%) con diferencias significativas según el sexo ( $p = .002$ ). A pesar de estos resultados el inicio de la vida sexual ocurrió entre los 15 y 16 años con mayor predominio en mujeres (58%) y el 8.7% no utilizó protección en la relación sexual.

Allen et al. (2013) analizaron los conocimientos y el uso de anticonceptivos en adolescentes de las ENSANUT 2006 y 2012. Encontraron que 89% de ellos con vida sexual activa tiene conocimientos básicos sobre el uso del condón, quienes aún no inician vida sexual, 86% sabía que sólo se puede usar una vez y 82% sabía que previene la ITS y el embarazo. A nivel nacional, el uso del condón en la última relación sexual en adolescentes aumentó de 31.8% en 2006 a 47.8% en 2012, siendo el método más usado en este grupo poblacional en un 47.8%. Así mismo, el 53.1% de adolescentes rurales, el 63.9% de adolescentes urbanos y 66% del área metropolitana reportaron usar algún anticonceptivo.

Calvillo y Rodríguez (2014) identificaron los conocimientos y comportamientos sobre salud sexual en adolescentes indígenas, en un estudio descriptivo y transversal con una muestra de 178 participantes. En los resultados, el 69% tuvo un enfoque incorrecto sobre la sexualidad. Respecto a las vías de transmisión de ITS, 20% respondió mal, el 61% no relacionó la posibilidad de contraer una ITS en la relación sexual sin protección, y consideran natural la práctica del sexo en los varones y no así en las mujeres. En relación a la responsabilidad de protegerse en la relación sexual, 72% señaló que es el hombre y la mujer; sobre el uso del condón en la primera relación sexual el 66% no contestó, y 20% de los hombres señalaron que se protegieron. El método más utilizado fue el condón en 16%, que también se combina con la píldora anticonceptiva.

Duru et al. (2015) evaluaron el comportamiento sexual y el uso de anticonceptivos entre adolescentes. Con una muestra de 300 participantes, el 78.3% reportaron alto conocimiento en anticoncepción y el 88.1% en el uso del condón. Más del 50% de los participantes tenían múltiples parejas sexuales, el uso de anticonceptivos fue estadísticamente mayor entre los sexualmente activos, y el 58.2% usó condón en su última relación sexual. Se observa que el conocimiento en métodos anticonceptivos favorece el uso del condón.

Robles, Rodríguez, Frías y Moreno (2014) analizaron la relación del conocimiento sobre el uso del condón, la habilidad para colocar, retirar y la frecuencia de fallas, en una muestra de 939 participantes. Los resultados de la prueba de Pearson muestran una correlación positiva entre el conocimiento sobre el uso del condón y la habilidad para usarlo; ésta, a su vez, se correlacionó negativamente con las fallas del uso del condón, pero no con la frecuencia de su uso, la cual se correlacionó negativamente con la frecuencia de fallas. Es decir, los jóvenes que tienen mejores conocimientos del uso del condón, muestran mejor habilidad para colocar y retirar un condón y son los que menos fallas cometen al usarlo, por lo tanto, lo usan con mayor frecuencia.

*Síntesis.* Los conocimientos de ITS y VIH/SIDA en adolescentes indígenas resultan pobres y mantienen relaciones sexuales con múltiples parejas, a pesar de que algunos expresan las vías de transmisión y que el uso del condón puede evitar el contagio, los hallazgos muestran la necesidad de mejorar el conocimiento sobre el uso del condón, la prevención del embarazo, las ITS y el VIH/SIDA.

### ***Autoeficacia en el uso del condón***

Ballester, Gil, Ruiz y Giménez (2013) analizaron la autoeficacia de los adolescentes en el uso del condón, las diferencias de sexo y la relación con la prevención. Los resultados de la Prueba de  $t$  fueron estadísticamente significativos. Las mujeres presentaron mayores puntuaciones que los hombres, excepto en la comodidad o la seguridad a la hora de comprar el condón. En función del tipo de pareja y el uso del

condón, los datos fueron significativos con pareja estable ( $Rho = .07, p < .001$ ) y con pareja casual ( $Rho = .17, p < .001$ ) para autoeficacia y la prevención del VIH, en no mantener relaciones sexuales ( $Rho = .04, p = .030$ ) e ir en busca de condones ( $Rho = .008, p < .001$ ), y para autoeficacia en el uso de condón ( $Rho = .015, p < .001$ ) para la prevención del VIH.

Uribe, Bahamón, Reyes, Trejos y Alarcón (2017) realizaron un estudio descriptivo correlacional y predictivo para explicar las covariaciones entre la comunicación asertiva y la autoeficacia en el uso del condón. Participaron 631 jóvenes. En los resultados, los hombres reportaron mayor número de parejas sexuales que las mujeres ( $p < .001$ ); la variable asertividad sexual resultó predictora del uso del condón en los últimos treinta días en los hombres y la percepción de autoeficacia predijo en un 27.1% el uso del condón, mientras que en el grupo de las mujeres esta misma variable predice un 35% el uso del preservativo.

Palacios (2015) evaluó la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo en adolescentes mexicanos. Usó una muestra no probabilística de 850 participantes. En los resultados, la dimensión de autoeficacia en la conducta sexual explicó el 7.80% de la varianza. La prueba  $t$  mostró diferencias estadísticamente significativas entre sexo. Las mujeres tuvieron puntajes mayores en comparación con los hombres. La regresión logística reportó mayor autoeficacia para las mujeres ante las relaciones sexuales ( $OR = 1.7, IC = 1.5, 1.8$ ); es decir, ellas presentan 1.7 mayor probabilidad para negarse a tener relaciones sexuales sin usar condón, o en su caso, realizar acciones dirigidas para negarse a tenerlas si se lo proponen.

Ritchwood, Penn, Peasant, Albritton y Corbie (2015) examinaron la autoeficacia en el uso de condón en adolescentes rurales con una muestra de 465 participantes entre 10-14 años. En los resultados los jóvenes sexualmente activos informaron niveles más altos de autoeficacia en el uso del condón ( $M = 16.29, DE = 6.21$ ) en comparación con los que no reportan actividad sexual ( $M = 14.37, DE = 6.53, t = 2.51, p < .05$ ). También

se encontró que a mayor autoeficacia en el uso de condón se predice un mayor conocimiento sobre el uso del condón ( $\beta = .21, p < .001$ ), mayores actitudes favorables para uso del condón ( $\beta = -.20, p < .001$ ) y mayor comunicación padre-adolescente sobre el sexo ( $\beta = .13, p < .05$ ).

Van y Romero (2012) estudiaron la asociación entre la autoeficacia y la participación de la familia en las conductas sexuales de riesgo en 122 adolescentes étnicos. La prueba de  $t$  resultó significativamente mayor, con autoeficacia sexual en las mujeres ( $M = 3.38, SD = .47$ ) que los hombres ( $M = 3.00, DE = .74, t = 3.43, p < .001$ ). El análisis de regresión logística ( $\chi^2 = 18.11, p < .001$ ) reveló que la edad y la participación de la familia son predictores significativos para reducir las relaciones sexuales y que a mayor edad los adolescentes son más propensos a tener relaciones sexuales ( $p < .001$ ); sin embargo, se reduce cuando se percibe mayor participación de la familia ( $p < .005$ ). Se evidencia la importancia de la participación de la familia durante la adolescencia como un factor de influencia sobre el comportamiento sexual de los adolescentes.

*Síntesis.* La autoeficacia mejora la confianza para el uso de condón, y previene el VIH en el caso de los hombres, sobre todo los que ya se iniciaron sexualmente, reconocen la protección que les otorga cuando tienen parejas casuales, por lo que tienden a usarlo de manera consistente. También, se requieren investigaciones preventivas que incluyan la perspectiva por sexo.

### ***Capacidad de negociar el uso del condón***

Deardorff et al. (2013) estudiaron los valores sexuales y las estrategias de negociación para el uso del condón en jóvenes latinos. La muestra fue de 571 hombres y mujeres entre 16 y 22 años de edad. En los resultados, el análisis multivariado reveló la asociación negativa entre la importancia de la virginidad femenina y la negociación sobre el uso del condón ( $r = -.12, p < .05$ ). El sexo femenino presentó una relación positiva con la comodidad en la comunicación sexual ( $r = .32, p < .05$ ) y el modelo final

explicó 22% de la varianza en la comunicación sobre el uso del condón, es decir, las mujeres que se sienten más cómodas en la comunicación sexual tuvieron mayor grado de negociación que las mujeres que se sentían menos cómodas.

East, Jackson, O'Brien y Peters (2010) estudiaron las experiencias de adolescentes sexualmente activas para negociar el uso del condón. Bajo un enfoque narrativo con 10 participantes femeninas. En los resultados, algunas parejas expresaron su incapacidad para negociar debido al abuso y la desigualdad de sexo, otras pensaron que no era necesario por considerar su relación segura y monógama. Incluso, tras el diagnóstico de una ITS, algunas mujeres dijeron no estar seguras de usar condón con parejas posteriores, lo que refleja continuar con conductas sexuales de riesgo.

Exavery et al. (2012) analizaron la negociación del uso del condón entre mujeres rurales, mediante un estudio transversal y una muestra de 2,614 participantes sexualmente activas. En los resultados el 78.6% informó no usar condón porque confían en sus parejas sexuales y viceversa. La proporción del uso del condón se redujo drásticamente con el aumento de la edad, 23.8% y 15.5% en menores y mayores de 20 años respectivamente. La regresión logística mostró que las mujeres que confiaban en negociar el uso del condón con sus parejas sexuales eran significativamente 3.1 veces más propensas que las mujeres que no confiaban en haber usado un condón en la última relación sexual ( $OR = 3.13$ ,  $IC = 2.22- 4.41$ ,  $p < .001$ ).

Robles, Frías, Moreno, Rodríguez y Barroso (2011) evaluaron el nivel de información acerca del VIH/SIDA y otras ITS, la comunicación con los padres y la negociación sobre el uso del condón en adolescentes sexualmente activos. En los resultados, la negociación sobre el uso del condón fue significativamente mayor en el grupo de consistentes ( $t = -2.99$ ,  $p < .005$ ), mientras que la correlación entre conversar con los padres sobre embarazos no deseados ( $r = .60$ ,  $p < .01$ ), los conocimientos sobre sintomatología ( $r = .44$ ,  $p < .05$ ), transmisión ( $r = .53$ ,  $p < .05$ ) y prevención del

VIH/SIDA ( $r = .53, p < .01$ ) fue significativa; es decir el nivel de información sobre ITS, VIH/SIDA fue semejante y tiene efecto sobre la negociación para el uso del condón.

Tschann, Flores, De Groat, Deardorff y Wibbelsman (2010) examinaron las estrategias de negociación del uso del condón entre jóvenes latinos, incluyeron 694 participantes entre 16 a 22 años de edad. En los resultados, la regresión lineal múltiple mostró que a mayor edad ( $r = -.11, p < .001$ ) y relación duradera ( $r = -.21, p < .001$ ) menores tasas de uso del condón. Usar información sobre el riesgo y la comunicación verbal/no verbal reportó mayor probabilidad de uso del condón. La percepción de querer usar condones reportó mayor uso de condón. Y quienes pensaron que su pareja no deseaba usar condón, utilizaron información sobre riesgo, la comunicación verbal/no verbal e insistieron en usarlo, reportaron una mayor frecuencia de uso que los que no usaron estas estrategias de negociación. Sin embargo, insistir en el uso del condón ante un desacuerdo potencial fue una estrategia más eficaz para las mujeres que para los hombres.

*Síntesis.* Los estudios demuestran que negociar el uso del condón implica, en los adolescentes mantener una comunicación sexual con su pareja, percibir igualdad entre sexo para expresar su postura y para ello es necesario contar con información sobre la sexualidad que les permita identificar estrategias de negociación sin generar en la pareja un sentimiento de desconfianza lo cual limitaría la negociación.

### ***Intención del uso del condón***

Para determinar el uso de condón en jóvenes, Asare (2015) realizó un estudio transversal con una muestra de 218 participantes. En los resultados, la intención conductual ( $p < .001$ ) fue un predictor significativo del uso del condón y explicó el 15% de la varianza. El análisis de regresión múltiple reveló que la intención de los participantes hacia el uso del condón predice fuertemente su uso. Esto significa que la intención tiene un efecto grande y positivo sobre el uso del condón ( $t = 4.45, p < .001$ ).

Para conocer los factores asociados con la intención de uso del condón y la prevención de ITS entre jóvenes, Dick, Rink y Fourstar (2014) contemplaron una muestra de 122 participantes indígenas. En los resultados el 20% reportó usar condón y fueron más propensos a prevenir ITS siendo más jóvenes quienes reportaron no usarlo ( $M = 20.6$ ;  $M = 21.9$ ). La duración de la relación se asoció significativamente con la intención del uso del condón ( $p < .05$ ). A medida que la intención de uso del condón pasó de "no es probable" a "moderadamente probable" y a "extremadamente probable", el promedio del compromiso en la relación disminuyó ( $M = 4.4$ ;  $3.8$ ;  $3.6$ ) respectivamente. Es decir, estar en una relación informal se asoció con una mayor probabilidad de usar condones.

Eggers et al. (2016) analizaron los predictores socio-cognitivos de uso del condón e intenciones entre adolescentes de tres sitios, Ciudad del Cabo Sudáfrica; ( $n = 625$ ), Dar es Salaam (Tanzania;  $n = 271$ ), y Mankweng (Sudáfrica;  $n = 404$ ), a través de modelos de ecuaciones estructurales evaluaron que las normas subjetivas y la auto-eficacia predicen las intenciones del uso del condón. Las proporciones de varianza explicada en las intenciones y el comportamiento fueron de 37-52 y 9-19%, respectivamente. Aunque no se encontraron diferencias significativas en el valor predictivo entre los sitios y en comparación con los estudios europeos y estadounidenses, las intenciones podrían explicarse por las actitudes, normas subjetivas, y la auto-eficacia. Sin embargo, las proporciones limitadas de la varianza en el comportamiento explicado por las intenciones, puede señalar la importancia de los factores contextuales y ambientales.

Por su parte, Kalolo y Kibusi (2015) examinaron la influencia del comportamiento, las actitudes y la intención de utilizar condones en adolescentes rurales. Participaron 403 adolescentes. En los resultados el 40.6% reportó ser sexualmente activo, el 49.7% no usó condón en la última relación sexual y el 49.8% reportó múltiples parejas sexuales. El comportamiento ( $OR = 3.05$ ;  $IC = 1.32, 7.06$ ) y la

actitud positiva ( $OR = 3.48$ ,  $IC = 1.32$ ,  $10.72$ ) predicen la intención de usar condón, lo que demuestra su importancia en la decisión de usarlo. Esto revela que la práctica de sexo sin protección prevalece entre los adolescentes de áreas rurales, lo que al mismo tiempo señala abordar determinantes sociocognitivos para mejorar la conducta sexual de los adolescentes.

En su estudio de corte transversal para analizar la correlación entre la relación sexual retardada y el uso del condón, Rijdsdijk et al. (2012) emplearon una muestra de 1,093 adolescentes. En los resultados, la intención de retrasar las relaciones sexuales se correlacionó positivamente con creencias sobre el embarazo ( $r = .14$ ,  $p < .001$ ), ITS ( $r = .09$ ,  $p < .001$ ), VIH ( $r = .09$ ,  $p < .001$ ), actitud hacia la relación sexual tardía ( $r = .36$ ,  $p < .001$ ) y la autoeficacia para retrasar las relaciones sexuales ( $r = .46$ ,  $p < .001$ ). La regresión lineal para predecir la intención de usar un condón muestra que la actitud sobre el uso de condón ( $\beta = .11$ ,  $p < .001$ ), la norma social percibida hacia el uso del condón ( $\beta = .10$ ,  $p < .001$ ) y la auto-eficacia de usar condón ( $\beta = .33$ ,  $p < .001$ ) se asociaron positivamente y juntos explican el 17% de la varianza en la intención de usar un condón.

*Síntesis.* Los estudios en general muestran que la intención del uso del condón se asocia significativamente con actitud positiva hacia el mismo, lo que favorece la prevención de ITS, la capacidad para retrasar las relaciones, y la actitud hacia la relación sexual. Se recomienda realizar estudios futuros para utilizar un enfoque integrador y contemplar tanto los factores individuales y contextuales, como las diferencias sociales y medioambientales para negociar el uso del condón.

## **Factores ambientales interpersonales**

### ***Comunicación sexual con los padres***

Harris, Sutherland y Hutchinson (2013) realizaron un estudio transversal y retrospectivo sobre la influencia de la comunicación sexual entre padres e hijos, los conocimientos sobre VIH, las intenciones de sexo seguro, y el comportamiento sexual

en adolescentes. Los hallazgos reportaron mayor comunicación sexual con las madres que con los padres ( $p < .001$ ). La cercanía entre padres e hijos se correlacionó positivamente con la comunicación sexual ( $p < .001$ ) y se asoció con mayor autoeficacia en el uso de condón ( $p < .001$ ). Es así que, a mayor comunicación entre padres e hijos las conductas sexuales de riesgo reducen, aumentan las intenciones y el uso del condón.

Healey (2014) exploró el intercambio de conocimientos sobre sexualidad entre padres y adolescentes Inuit. Realizó 20 entrevistas individuales a 3 padres y 17 madres. En los resultados, compartieron el deseo de abordar el tema con sus hijos; "Es un poco difícil encontrar las palabras" perciben una lucha "entre mundos". Dijo un padre, "la comunicación [se convierte] demasiado dura y parece como que no quieren escuchar a los padres, realmente asusta porque van a obtener ITS". Los padres identificaron y expresaron un fuerte deseo para hablar con sus hijos pero cuestionan su confianza, consideran la necesidad de mayor apoyo emocional para tocar el tema con sus hijos.

Abosetugn, Zergaw, Tadesse, Addisu (2015) analizaron la relación entre la conducta sexual de riesgo de adolescentes y la comunicación con sus padres sobre cuestiones sexuales. Los resultados mostraron que la comunicación parental tuvo una relación significativa con el comportamiento sexual de riesgo. Las probabilidades de tener múltiples parejas sexuales eran tres veces mayores entre los jóvenes que no discuten sobre temas sexuales que aquellos que si lo hacen ( $OR = 3.12, IC = 1.37, 7.08$ ). Aproximadamente la quinta parte de los jóvenes tuvo una discusión sobre cuestiones sexuales con sus padres y prefirieron al mismo sexo para tal discusión. Se muestra que la comunicación sobre el cambio de comportamiento debe considerar el entorno familiar para reducir otros factores que predicen comportamientos sexuales de riesgo.

Pu et al. (2013) identificaron la contribución de la comunicación con los padres para explicar el comportamiento de riesgo en adolescentes. Los resultados reportaron una relación significativa entre la comunicación y el comportamiento de riesgo, lo que demuestra ser un factor protector. Con una diferencia significativa de  $p < .005$  las

mujeres con mejor comunicación con sus padres reduce las conductas de riesgo. El modelo de Chi-cuadrada indicó un buen ajuste para los datos ( $\chi^2=.45, p = .80$ ) y explicó el 17% de la varianza.

Dimbuene (2014) estudió la percepción de los padres en fomentar el conocimiento del VIH/SIDA en sus hijos adolescentes. Participaron 306 diadas, la comunicación sobre sexualidad de la diada madre-adolescente ( $\beta = .151, p < .01$ ) y padre-adolescente ( $\beta = .074, p = 0.574$ ) tuvieron efecto sobre el conocimiento de los adolescentes sobre VIH/SIDA. El efecto de la comunicación sobre la sexualidad ( $\beta = .427, p < .01$ ) demuestra la importancia de esta variable en la prevención del VIH/SIDA y sugiere un efecto potenciador en los adolescentes cuando se combina con el conocimiento de los padres.

#### *Síntesis*

La comunicación sexual con los padres y el nivel de información sobre ITS, VIH/SIDA tienen un efecto sobre el uso consistente del condón, por lo que deben intensificarse los esfuerzos para promover la educación sexual, que involucre a los padres de los adolescentes en el conocimiento de anticonceptivos y prácticas sexuales seguras.

#### ***Aprobación de la pareja para usar condón***

Staras, Livingston, Maldonado y Komro (2013) evaluaron en 1,469 adolescentes la influencia de la pareja sexual sobre el uso del condón. En los resultados, 83% de los varones reportaron usar condón, pero la probabilidad de usarlo disminuye ( $p = .007$ ) al considerar las características de riesgo en la pareja ( $OR = .6, IC = .4, .9$ )  $\geq 3$  años de edad discordante ( $OR = .5, IC = .3, .8$ ); o reunirse en lugares públicos ( $OR = .6, IC = .4, .8$ ). Las mujeres presentaron 70% menor probabilidad de usar condón con parejas en contextos de bajo riesgo. Se obtuvo una tendencia significativa ( $p < .001$ ) en la disminución del uso del condón al considerar las características de riesgo en la pareja.

Schmid, Noelle, Ritchie y Gwadz (2015) examinaron la comunicación entre parejas adolescentes y la negociación del condón. En los resultados la comunicación de la pareja se asoció positivamente con el uso del condón ( $\beta = .26, t = 2.28, p = .03$ ). La comunicación muy alta y muy baja mostró una relación inversamente significativa con el uso del condón ( $\beta = -.37, t = -2.07, p = .04$ ), mientras que los niveles moderados de comunicación se asociaron con un mayor uso del condón. Es decir las parejas con niveles moderados de comunicación equilibran la negociación, y la interacción positiva favorece el uso del condón sin amenazar la autonomía individual o la intimidad de la relación.

Osorio, Álvarez, Hernández, Sánchez y Muñoz (2017) realizaron un estudio transversal, descriptivo y correlacional para determinar la relación entre asertividad sexual y autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA en jóvenes. Participaron 400 jóvenes por muestreo aleatorio simple. En los resultados la asertividad sexual y la autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA obtuvieron promedios altos, 39% y 39%, respectivamente. Asimismo, una relación significativa entre estas variables ( $r = .406, p < .001$ ), lo que comprueba que a mayor nivel de asertividad sexual hay mayor nivel de autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA.

*Síntesis.* Lograr la aprobación de la pareja para usar condón, requiere una comunicación precisa con la pareja a fin mantener la autonomía individual o la intimidad de la relación. Así también, cuando la asertividad sexual, la autoeficacia y la comunicación con la pareja se asocian positivamente con la aprobación de la pareja para el uso del condón, que a su vez contribuye en mayor práctica de sexo seguro o el uso del condón y en la reducción de ITS, VIH/SIDA.

### ***Influencia de pares sobre la sexualidad***

Hanson, McMahon, Griese y Kenyon (2014) analizaron el impacto de las normas por sexo sobre las conductas sexuales en jóvenes indígenas. Bajo una metodología cualitativa con grupos focales, participaron 185 adolescentes indígenas. Obtuvieron que

la abstinencia, las relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos varía en función de las ideologías de género definidas socialmente desde la familia, los compañeros, y los roles en pareja. Por otro lado la presión para tener relaciones sexuales y evitar ser objeto de burlas, genera una sensación “cool” (popular) que encaja con los compañeros, a pesar de la información errónea que puedan poseer sobre el uso de protección.

Harrison et al. (2012) realizaron un estudio de corte transversal para conocer la influencia de los pares sobre el riesgo de VIH en adolescentes rurales, con una muestra de 983 participantes. Los resultados de la regresión lineal múltiple, mostraron que los predictores significativos de la actividad sexual incluyen la creencia de que "está bien que la mujer le proponga sexo a un hombre" ( $OR = 1.30, IC = 1.25, 1.36, p < .001$ ), que “está bien que una chica rechace el sexo cuando su novio se niega a usar un condón” ( $OR = 1.23, IC = 1.05, 1.45, p < .01$ ) y cuando las mujeres perciben que el uso del condón se asocia con tener varios compañeros sexuales aumenta la probabilidad de usar condón ( $OR = 1.54, IC = .99, 2.41, P < .05$ ). Mientras que, los hombres que perciben que sus compañeros varones usan condones ( $OR = 1.79, IC = 1.22, 2.59, p = .01$ ) tienen probabilidades significativamente mayores de usar condón.

Kapadia, Bonner, Emmanuel, Samples y Latka (2012) estudiaron la asociación entre la percepción de pares sobre el uso del condón y los comportamientos sexuales entre jóvenes de 16 a 19 años. Los modelos multivariados mostraron que los adolescentes que perciben aceptación del uso del condón y comportamientos sexuales seguros de sus pares, son seis veces más propensos a reportar el uso consistente del condón ( $OR = 5.77, IC = 1.62, 20.62$ ) en comparación con los que informaron menor percepción. También, que la percepción de pares sobre el uso del condón está inversamente asociado a múltiples parejas sexuales, y que son las mujeres quienes reportan menos compañeros sexuales en comparación con sus homólogos masculinos ( $OR = .26, IC = .07, .92$ ).

Oudekerk et al. (2014) estudiaron el control materno y paterno como moderadores de las actitudes entre pares y el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes. En los resultados se obtuvieron correlaciones significativas entre los adolescentes cuyas madres y padres eran más controladores a tener amigos que aceptan la conducta sexual a edades más tempranas. Los participantes de padres no casados con alto control materno presentaron más comportamiento de riesgo sexual. Ser hombre, tener compañeros que aceptan el sexo temprano, y niveles altos de control psicológico paterno se relaciona con mayor comportamiento sexual de riesgo.

Mollborn, Domínguez y Boardman (2013) analizaron la comprensión de las normas sobre el embarazo y su relación con los comportamientos sexuales de los adolescentes. Participaron 3,879 encuestados, de los que se obtuvo una diferencia significativa ante la posibilidad de un embarazo 68% y el 71% de las participantes reportaron sentirse avergonzadas. La escolaridad no se asoció con la probabilidad de las relaciones sexuales en las mujeres, pero los niveles de vergüenza en la escuela reducen significativamente la probabilidad de las relaciones sexuales en varones ( $\beta = -1.58$ ) y aumenta el uso del condón. Hay una relación significativa entre las normas de pares contra el embarazo y la probabilidad de tener sexo para hombres y mujeres, con mayor magnitud para los varones ( $\beta = -.92$ ). La asociación entre las normas percibidas y experiencia sexual es mayor en mujeres ( $\beta = -.91$ ) que en varones ( $\beta = -.43$ ).

*Síntesis.* Los estudios muestran la asociación entre la influencia de pares y las conductas sexuales de riesgo. El tener compañeros que aceptan el sexo temprano influye a prácticas sexuales sin protección en busca de reconocimiento entre los integrantes del grupo.

## **Factores ambientales socioculturales**

### ***Rol de género en las relaciones sexuales***

Osorio, Romero, Romero y Romero (2015) estudiaron la diferencia de roles de género asignados a los y las adolescentes indígenas en 209 estudiantes de entre 12 a 14

años de edad. En los resultados el 22.1% y 25.2% (hombres y mujeres) reportaron que hay actividades para mujeres, el 62.8% y 65.9% (hombres y mujeres) afirmó que las mujeres deberían dedicarse a las labores domésticas.

Mantell et al. (2009) realizaron un estudio con grupos focales en indígenas para comprender cómo las normas pueden reforzar la prevención del embarazo y el VIH. Participaron 67 personas de 18 a 30 años ( $M = 21.27 \pm 2.39$ ), africanos e indios 81% y 19%, respectivamente. Los participantes coincidieron en que los hombres aceptan compartir los mismos derechos. Esto los hace menos dominantes y más abiertos con las mujeres. Señalan que ella debe protegerse contra el embarazo y la ITS/VIH y negarse a las relaciones sexuales sin protección, si se respeta a sí misma. Las adolescentes aunque obtienen dinero y regalos, en realidad son explotadas para asegurar la satisfacción sexual: “ellos [los hombres] me protegen, pero sé que tienen poder sobre mí.” Las mujeres refieren que los hombres mantienen su papel tradicional y no quieren estar bajo el dominio de ellas.

Rich, Mullan, Sainsbury y Kuczmierczyk (2014) estudiaron el rol de género y la experiencia sexual como predictores de la intención y uso del condón en adolescentes con una muestra de 306 participantes. En los resultados las mujeres presentaron mejores intenciones y actitudes positivas en relación con el uso del condón así como mayor percepción de riesgo que los hombres. La experiencia sexual previa, el sexo y el riesgo percibido representaron el 20% de la varianza en la intención, con lo que ambas variables muestran contribuciones independientes y significativas.

Bhana , Zimmerman y Cupp (2008) examinaron las actitudes de las funciones de género entre adolescentes de un municipio pobre de Sudáfrica. La regresión logística reveló que el uso del condón en el último evento sexual fue significativo en las mujeres, es decir, respaldan las actitudes más tradicionales de los roles de género y son menos propensas a usar condón con su pareja ( $OR = .610$ ,  $IC = .34$ ,  $1.08$ ). Y cuando los roles de género son menos igualitarios se asocian con actitudes más negativas como no retrasar el

coito, mayor actitud negativa sobre el uso del condón y por lo tanto, mayor incidencia de riesgos sexuales.

*Síntesis.* Los estudios demuestran una gran asociación entre las normas sexuales y los factores de riesgo sexual, el hombre generalmente impone autoridad ante la mujer a pesar de compartir derechos, la protección se atribuye a la responsabilidad de un solo miembro de la pareja, y la mujer siente vergüenza por un embarazo a temprana edad.

### ***Creencias religiosas***

Bermudez, Teva, Buela y Ramiro (2014) analizaron la influencia de la religión sobre la actitud hacia el uso del condón en 1501 adolescentes. En los resultados, los adolescentes sin afiliación religiosa presentan mejores actitudes positivas hacia el uso del condón y quienes hablaban de sus preocupaciones religiosas o espirituales mostraron menor actitud positiva hacia el uso del condón que los que nunca hablan o hablan poco ( $p < .001$ ). Así mismo, los adolescentes que no leen material religioso muestran mayor actitud positiva que los que leen algunas veces ( $p < .001$ ) y a menudo ( $p = .002$ ). Es decir los aspectos religiosos deben considerarse en los programas de prevención del VIH.

Cerqueira y Koller (2016) realizaron un estudio transversal con 7572 participantes de 14 a 24 años de edad. Investigaron el papel de la religiosidad en el riesgo sexual en jóvenes de Brasil en condiciones pobreza. En los resultados de la regresión logística se explicó el 10.6% de la varianza ( $p < .001$ ) con las variables sexo ( $\beta = -.830$ ), edad ( $\beta = -.229$ ) e ingresos ( $\beta = .365$ ), como predictores del riesgo sexual. Es decir, ser mujer, adolescente y con bajos ingresos son variables predictoras de riesgo sexual. Aunque la religiosidad obtuvo un rol no significativo para el riesgo sexual se observó en los participantes con alto grado de religiosidad niveles más altos de riesgo sexual con menor uso de condón. Lo que muestra que la religiosidad no necesariamente implica seguir normas de conducta y reglas rígidas de comportamiento entre los adolescentes.

Hernández et al. (2014) estudiaron la influencia de las creencias y tradicionales socioculturales acerca de la sexualidad y reproducción en adolescentes rurales. Bajo un enfoque cualitativo se realizaron entrevistas a profundidad a mujeres de 19 años. En los resultados se obtuvieron respuestas como: “Sí, lo que pasa es que hay muchas chicas que no tienen la información adecuada, muchas tratan de salirse de sus casas, las parejas no se detienen en tener relaciones sexuales delante de los hijos, a ellos les gusta que les lleven de comer, los hombres no ven los sacrificios que hace uno y te arreglas y ellos ni cuenta se dan” La mayoría de las mujeres jóvenes entrevistadas indicaron que no viven el placer en las relaciones sexuales. La aparición de ITS ha puesto de manifiesto la diversidad en prácticas sexuales sujetas a las relaciones de poder y los valores morales.

Moreau, Trussell y Bajos (2013) examinaron la asociación entre la religiosidad, los comportamientos sexuales y el uso de anticonceptivos en una muestra de 7495 mujeres y 5,634 hombres. La práctica religiosa se asoció con la iniciación sexual tardía. Los participantes adolescentes con experiencia sexual que reportaron prácticas religiosas regulares eran menos propensos a utilizar un método anticonceptivo (84.7% vs. 98.1%,  $p < .001$ ). Es decir, la religiosidad se asocia con una disminución del uso de métodos anticonceptivos.

Obengn, Kodzi, Emina, Adjei y Ezeh (2014) evaluaron la relación entre la religiosidad de los adolescentes y la participación en las conductas sexuales de riesgo. Reportaron que el 40% de los adolescentes católicos siguen los principios de su religión y tienen menos probabilidades de caer en comportamientos sexuales de riesgo en comparación con aquellos sin afiliación religiosa. Destacan las mujeres por su mayor participación en servicios religiosos e informar con frecuencia la importancia de la religión en su vida cotidiana en comparación con los hombres.

*Síntesis.* Los estudios demuestran la influencia entre la religiosidad y los comportamientos sexuales. Cuando los adolescentes están involucrados en actividades religiosas disminuye la tendencia a los embarazos o múltiples parejas sexuales. Así

mismo la práctica regular religiosa se asocia con el inicio de la vida sexual a edades mayores y a utilizar un método anticonceptivo, es decir, influye en la toma de decisiones.

### ***Identidad étnica***

Homma, Wong, Zumbo y Saewyc (2015) estudiaron en 4311 adolescentes la asociación de la identidad étnica con la iniciación sexual. Demostraron que a mayor compromiso con su grupo étnico son menos propensos a tener relaciones sexuales ( $OR = .80, IC = .65, .98$ ) hombres y ( $OR = .71, IC = .57, .88$ ) mujeres, respectivamente; es decir, a mayor compromiso con el grupo étnico menor riesgo de relaciones sexuales entre los adolescentes. Otro hallazgo obtenido es que entre las mujeres, la exploración ( $OR = .65, IC = .53, .80$ ) y el compromiso ( $OR = .72, IC = .58, .90$ ) se asociaron significativamente con menores probabilidades de tener relaciones sexuales alguna vez. Lo anterior, demuestra la importancia de los factores culturales en la conducta sexual de los adolescentes que a su vez puede variar entre hombres y mujeres debido al apego y la exposición cultural. Sin embargo, es evidente la necesidad de considerar los aspectos culturales para la promoción de la salud sexual entre los adolescentes.

Mindy et al. (2014) examinaron la asociación de los valores culturales y los factores de riesgo sexual en una muestra de 226 adolescentes. Los resultados indican que a mayor nivel de orientación cultural mayor autoeficacia sexual, menos parejas sexuales y mayor autoeficacia en el uso de condón para hombres y mujeres. Además, la creencia y armonía en la relación se asoció con la abstinencia sexual y una mayor autoeficacia sexual para los adolescentes y con ser mayor en la primera relación sexual para las mujeres. También el apoyo los padres reduce la intención de tener relaciones sexuales y aumenta el uso del condón.

Nyembezi et al. (2014) estudiaron la asociación entre la identidad étnica y el uso del condón entre jóvenes de áreas rurales. Con una muestra de 1656 participantes, los resultados obtenidos mostraron que 49.2% reportó usar condón y el 44.9% indicó tener

varias parejas sexuales. El modelo de regresión incluyó dos formas de interacción y fue significativo ( $X^2_{[11,1315]} = 180.07, p < .001$ ) para apego cultural y reconocimiento cultural (Wald 1 = 16.22,  $p < .001$ ), apego cultural y número de parejas sexuales (Wald 1 = 45.06,  $p < .001$ ) y reconocimiento cultural y número de parejas sexuales (Wald 1 = 7.96,  $p < .01$ ). Otro modelo de regresión significativo ( $X^2_{[729]} = 123.27, p < .001$ ), señaló una asociación entre el reconocimiento cultural y el uso del condón ( $OR = 3.64, IC = 2.37, 5.59$ ) es decir, el sentimiento de orgullo de la identidad étnica se asoció con un mayor uso del condón. Y la asociación del apego cultural con el uso correcto del condón ( $OR = 1.50, IC = 1.02, 2.22$ ) señala que a mayor apego cultural mayor uso del condón.

Schwartz et al. (2014) realizaron un estudio longitudinal para examinar los efectos de la cultura en el comportamiento sexual. Participaron 302 adolescentes. En los resultados las prácticas de identidad ( $r = .47, p < .001$ ) se relacionaron significativamente con valores individuales ( $r = .11, p < .005$ ) y los valores colectivos ( $r = .27, p < .001$ ) con la identidad étnica, ( $r = .45, p < .001$ ), por lo que la identidad étnica resultó protectora para el sexo seguro y el número de parejas sexuales en ambos sexos.

Voisin, Salazar, Crosby y DiClemente (2013) estudiaron la relación de la identidad étnica y las ITS en una muestra de 123 mujeres adolescentes afroamericanas. El 54.3% reportó baja identidad étnica y el análisis de regresión logística indicó que a mayor identidad étnica las adolescentes eran más propensas a reportar ITS ( $OR = 4.30, IC = 1.17, 15.80$ ) y quienes reportaron conductas sexuales de riesgo tuvieron más probabilidad de ITS en comparación con las adolescentes que reportaron bajo comportamiento sexual de riesgo ( $OR = 4.55, IC = 1.04, 2.86$ ).

*Síntesis.* Los estudios revelan la asociación significativa entre el compromiso con el grupo étnico y la probabilidad de posponer la primera relación sexual, de tener sexo seguro, de tener menos parejas sexuales y mayor autoeficacia en el uso de condón. Es

decir, cuando la identidad étnica es ampliamente aceptada y reconocida pueden observarse comportamientos favorables con beneficios en la salud de la persona y al mismo tiempo en las relaciones con el grupo.

### **Conducta sexual segura**

#### ***Uso del condón, sexo seguro***

Álvarez, García, Gotsens, Pérez y Pérez (2015) estudiaron la tendencia para usar el condón en adolescentes urbanos de España con una muestra de 1570 participantes diferenciados por nivel socioeconómico y por sexo. El análisis de 2004 a 2012 mostró una disminución del uso del condón de 91% a 69.1% entre adolescentes varones de estrato socioeconómico bajo, relacionado con asistir a escuela pública o privada. Mientras que por sexo disminuyó de 87 % a 76.2% en hombres, y de 76.7 a 64.7% en mujeres.

Aurpibul, Tangmunkongvorakul, Musumari, Srithanaviboonchai y Tarnkehard (2016) realizaron un estudio cuantitativo y transversal para comparar el comportamiento sexual de adolescentes en dos grupos tailandeses. La muestra fue de 1,215 participantes, 40% de tierras bajas y 60% de minorías étnicas. En los resultados, el 53% usó condón en su debut sexual, 23% lo usó constantemente, 52.5% ocasionalmente, y 12 % no lo usó. Al comparar los grupos, el uso del condón en el debut sexual fue mayor en las minorías étnicas (66.7% vs. 43.6%,  $p = .019$ ) y se asoció con la edad  $\geq 17$  años ( $OR = 2.69$ ,  $IC = 1.34, 5.43$ ,  $p = .002$ ) y tener pareja sexual ( $OR = 6.89$ ,  $IC = 4.43, 70.73$ ,  $p < .001$ ). La probabilidad de los adolescentes tailandeses de informar el haber tenido alguna vez relaciones sexuales fue significativo ( $OR = 1.61$ ,  $IC = 1.06, 2.45$ ,  $p < .001$ ).

Huneus, Deardorff, Lahiff y Guendelman (2014) investigaron la asociación de la educación pública y privada con el uso del condón en la primera relación sexual entre adolescentes de áreas rurales, emplearon una muestra de 1882 participantes. En los resultados, identificaron mayor probabilidad de usar condón en la primera relación sexual entre los adolescentes con pareja estable, que con pareja ocasional. El resultado

de la regresión logística mostró que los participantes de escuelas públicas tienen mayor probabilidad de tener relaciones sexuales a menor edad ( $OR = 1.85$ ,  $IC$ , 1.12 - 3.04) comparados con aquellos de escuelas privadas ( $OR = 1.67$ ,  $IC = 1.26, 2.23$ ), por otro lado, las mujeres tuvieron mayor probabilidad de usar condón en el debut sexual ( $OR = 1.97$ ,  $IC = 1.60, 2.42$ ) que los hombres.

Quiroz, Atienzo, Campero y Suárez (2014) exploraron las opiniones sobre el embarazo adolescente y su relación con el comportamiento sexual entre adolescentes. Este estudio transversal tuvo una muestra no probabilística. Reportaron menos posibilidades del inicio sexual y opinaron que la edad ideal para iniciar relaciones sexuales es entre los 16 y 19 años ( $RM = .2$ ) y después de los 19 ( $RM = .1$ ). El 71% inició vida sexual a los 15 años o antes, el 85% había tenido relaciones sexuales, y en promedio reportaron cuatro parejas sexuales en su vida; sólo 66% usó condón y el 24% no se cuidó en la primera relación.

Uribe, Aguilar, Zacarías y Aguilar (2015) trabajaron con 523 estudiantes adolescentes para conocer los factores asociados al uso del condón. Las correlaciones de Pearson mostraron que la asertividad sexual tuvo una asociación positiva con el uso del condón ( $r = .23$ ,  $p < .001$ ) y la aceptación del uso del condón ( $r = .24$ ,  $p < .001$ ). La regresión múltiple de la frecuencia del uso del condón explicó el 13.8 % de la varianza total en las mujeres con coeficientes significativos para uso del condón.

*Síntesis.* Los estudios muestran que el uso del condón es menor entre adolescentes indígenas varones de bajo estrato socioeconómico, sin embargo su inicio sexual es tardío y la asertividad sexual se asocia positivamente con el uso del condón, la aceptación del uso del condón y el número de compañeros sexuales.

### **Síntesis de los estudios relacionados**

De acuerdo con la literatura y la documentación examinada, hay factores individuales, ambientales y socioculturales que se asocian con la conducta sexual, donde la motivación para la conducta y la capacidad de negociar el uso del condón están

implicadas. Las mujeres inician su vida sexual a partir de la menarca. Lo cual les conlleva a un mayor número de compañeros sexuales. Mientras que la actitud hacia el sexo seguro y la información obtenida de los padres favorece las conductas sexuales seguras, el intercambio de información sobre las formas de prevenir ITS y el embarazo.

Por otro lado, la influencia cultural y las creencias religiosas en la determinación del uso del condón se hacen visibles. Los patrones de género se asocian significativamente con el uso del condón, con los conocimientos y la autoeficacia; así, la capacidad de negociar también determina el comportamiento sexual. Se concluye, de acuerdo a la TSC y TTC, que en la conducta sexual influyen los factores personales: cognitivos, afectivos y biológicos; así como los factores ambientales: interpersonales y socioculturales.

### **Objetivo general**

Determinar la relación de los factores personales biológicos, afectivos y cognitivos; ambientales interpersonales y socioculturales con la conducta sexual segura de adolescentes nahuas.

### **Objetivos específicos**

1. Analizar el efecto de los factores personales biológicos con la conducta sexual segura, el uso del condón y el sexo seguro.
2. Examinar la asociación de los factores personales biológicos con los factores personales cognitivos
3. Analizar el efecto de los factores personales biológicos hacia los factores personales afectivos y los factores ambientales socioculturales.
4. Determinar la relación de los factores personales afectivos con los factores ambientales interpersonales y los factores ambientales socioculturales.
5. Establecer la asociación de los factores personales afectivos, los factores ambientales interpersonales y los factores ambientales socioculturales hacia los factores personales cognitivos.

6. Identificar la influencia de los factores personales afectivos, los factores ambientales interpersonales y los factores ambientales socioculturales hacia la conducta sexual segura, el uso del condón y el sexo seguro.

7. Determinar la influencia de los factores personales cognitivos hacia la conducta sexual segura, el uso del condón y el sexo seguro.

### **Definición de términos**

#### **Factores personales biológicos**

Los factores personales biológicos son las características generales de la persona como la edad, el sexo, y la edad de la menarquia y espermaquia.

*La edad* corresponde al número de años cumplidos al momento de realizar la investigación, y se midió a través de una pregunta abierta en la cédula de datos generales.

*El sexo* es la característica que diferencia al hombre de la mujer y se expresa en términos de masculino y femenino, se evaluó con una pregunta con opción de respuesta dicotómica ubicada en la cédula de datos generales.

*La edad de la menarquia/espermaquia* son signos biológicos en que la mujer presenta por primera vez la menstruación y en el caso del hombre, la primera eyaculación. Se midió con una pregunta abierta localizada en la cédula de datos generales.

#### **Factores personales afectivos**

*Actitud hacia el uso del condón* es la percepción del adolescente acerca de que los condones son cómodos, no interfieren con el placer sexual y hacen que la relación sexual sea más divertida. Para su medición, se empleó el cuestionario de expectativa hedonista de Jemmontt, Jemmontt y Fong (1992).

#### **Factores personales cognitivos**

*Conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo* corresponde a la información que posee el adolescente sobre la prevención, vías de transmisión y

protección de las ITS así como el uso del condón y la prevención del embarazo, lo cual puede provenir de experiencias previas o de la concepción acerca de cómo protegerse. Esta variable se midió con el cuestionario de conocimientos de ITS, SIDA y embarazo de Jemmontt, Jemmont y Fong (1992).

*Autoeficacia para el uso del condón* señala la habilidad del adolescente para comprar, colocar, usar y/o retirar el condón o colocárselo a la pareja durante la relación sexual sin sentir vergüenza o reducir la sensación sexual. Su medición se realizó con la subescala de autoeficacia en la colocación del condón de Brafford y Beck (1991).

*Capacidad de negociar el uso del condón* define la disposición o habilidad del adolescente para proponer, dialogar y persuadir a la pareja estable u ocasional de la necesidad del uso del condón en la relación sexual. Su medición se obtuvo con la subescala de asertividad en el uso del condón de Brafford y Beck (1991).

*Intención del uso del condón* se refiere a la probabilidad percibida del adolescente para usar condón si tuviera relaciones sexuales en los próximos tres meses. Para medir esta variable se utilizó la escala de intención del uso del condón de Villarruel, Jemmott, Jemmott y Ronis (2004).

### **Factores ambientales interpersonales**

*Comunicación sexual con los padres* se refiere a la cantidad de información proporcionada de los padres al adolescente, sobre la conducta sexual, el uso del condón, la protección a ITS y la prevención del embarazo. En la medición de esta variable se usó la escala de comunicación sexual de Hutchinson y Cooney (1998).

*Aprobación de la pareja para usar condón* corresponde a la habilidad del adolescente para expresar sus opiniones, sentimientos y creencias sobre el uso del condón, así como respetar la opinión de la pareja sobre el uso del condón, y se midió con la subescala del uso del condón con aprobación de la pareja de Brafford y Beck (1991).

*Influencia de pares sobre la sexualidad* considera la percepción de la popularidad entre los amigos o pares a partir del comportamiento sexual, el embarazo en la

adolescencia y el número de parejas sexuales. Se evaluó con el instrumento de normas de pares de Silver y Bauman (2014).

### **Factores ambientales socioculturales**

*Rol de género en las relaciones sexuales* son las actitudes equitativas hacia la pareja en tareas domésticas y de la vida, salud reproductiva y prevención de enfermedades y violencia, que influyen en la toma de decisiones y en la relación sexual. Se evaluó a través de la escala de equidad de género de Pulerwitz y Barker (2008).

*Creencias religiosas* considera la importancia de la oración, el grado de interés en las prácticas o rituales y la espiritualidad en la vida de las personas. Se midió con la escala de actitud religiosa de Orozco y Domínguez (2014).

*Aprobación de la religión sobre el uso del condón* señala la opinión de la religión respecto al uso del condón. Se evaluó con la pregunta: ¿Qué tan de acuerdo está tu religión sobre el uso del condón?

*Identidad étnica* incluye características, cualidades o atributos del adolescente que se manifiestan en la expresión de sentimientos y la participación en actividades de exploración que los identifican como indígenas. Se evaluó con la escala de identidad étnica de Umaña-Taylor (2004).

*Ocupación* se refiere a la principal actividad a la que se dedica el adolescente, ya sea estudiar, trabajar, o ambas y se evaluó con una pregunta con opción de respuesta múltiple, ubicada en la cédula de datos generales.

### **Conducta sexual segura**

*Conducta sexual segura* se refiere 1) al uso del condón en la relación sexual anal, vaginal u oral, ya sea con la pareja habitual u ocasional; y 2) a las prácticas de sexo seguro que incluyen evitar conductas de riesgo como tomar alcohol o drogarse, previo a las relaciones sexuales, así como evitar el contacto con fluidos sexuales. Para su medición se utilizó el cuestionario de conducta sexual segura de Dilorio et al. (1992).

## **Capítulo II**

### **Metodología**

En este capítulo se describe el método empleado para el desarrollo del presente trabajo de investigación, incluye diseño del estudio, población, muestra y muestreo, criterios de inclusión y exclusión, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de la información, consideraciones éticas y plan de análisis de datos.

#### **Diseño del Estudio**

En el presente estudio se utilizó un diseño correlacional de comprobación de modelo (Grove, Burns & Gray, 2013) debido a que el propósito del estudio fue determinar las relaciones entre las variables del modelo propuesto el cual contiene factores personales: biológicos, afectivos y cognitivos; factores ambientales interpersonales y factores ambientales socioculturales; y la conducta sexual segura, uso del condón y sexo seguro. Fue de tipo transversal, debido a que los datos se obtuvieron en un solo momento.

#### **Población, Muestra y Muestreo**

La población de interés fue de 940 adolescentes de ambos sexos de 15 a 19 años de edad de la comunidad Las Lomas, perteneciente al municipio de Zacapoaxtla, Puebla. El tamaño de la muestra se calculó a través del paquete estadístico nQuery Advisor, con un nivel de significancia de .05, un coeficiente de correlación de .10 y una potencia del 80% (Cohen, 1988) para un modelo de regresión lineal multivariada con 16 variables independientes. Se consideró una tasa de rechazo del 20%, por lo que el tamaño de la muestra fue de 419 participantes.

El muestreo fue probabilístico a partir del número total de manzanas de la comunidad, de las cuales se seleccionaron 32 mediante una tabla de números aleatorios. Se realizaron tres visitas como máximo para localizar a los participantes, y cuando en el domicilio se encontró más de un adolescente todos fueron invitados a participar.

### **Criterios de Inclusión y Exclusión**

Se consideraron como criterios de inclusión, adolescentes a) de 15 a 19 años de edad, período en el que se registran las mayores tasas de fecundidad en este grupo; b) con vida sexual activa; c) que no vivieran con su pareja sexual al momento de la entrevista; d) alfabetas y analfabetas; e) auto-identificados como indígenas y/o que hablaran alguna lengua indígena (LI) o que al menos alguno de los padres hablara una LI. Esta información se cuestionó directamente a cada posible participante.

Los criterios de exclusión fueron adolescentes: a) embarazadas, considerando que su conducta sexual difiere por su condición de embarazo, y las necesidades prioritarias en este momento se enfocan en el cuidado gestacional; b) que no contaron con la autorización del padre/tutor; y d) que no asistieron a la cita programada aún después de las tres visitas al domicilio.

### **Instrumentos de Medición**

Se utilizaron 12 instrumentos auto aplicables en formato de lápiz y papel. El tiempo promedio para su llenado fue de 60 minutos. Cabe mencionar que el idioma original del instrumento para influencia de pares sobre la sexualidad es el inglés, por lo que se realizó la traducción inversa antes de emplearlo.

El proceso se realizó en cuatro etapas acorde a lo propuesto por Chavez y Canino (2005): 1) se realizó la traducción inversa del inglés al español por un traductor profesional nativo de Estados Unidos; 2) dos expertos en la temática con pleno dominio del idioma analizaron la traducción para evaluar el sentido de los reactivos sin modificar o alterar el significado del ítem original; 3) se realizaron dos grupos focales, uno de hombres y otro de mujeres, se incluyeron en cada grupo dos participantes de 15, 16, 17, 18 y 19 años para un total de 20 adolescentes, todos ellos de una comunidad con características similares a la de la muestra final. Se invitaron a participar en la revisión de un cuestionario sobre normas de pares con previo consentimiento del padre/madre o tutor, específicamente para los menores de 18 años. Una vez atendidos estos criterios, se

ubicaron en un aula para desarrollar la actividad, en dicho espacio, únicamente se encontraban con la responsable de la actividad y se les explicó la importancia de participar, aclarando que sería un cuestionario para adolescentes como ellos y que debían mencionar en sus palabras la forma de expresar lo que el instrumento contenía.

Para iniciar y generar confianza entre ellos, se preguntó el nombre de cada participante y su edad, se continuó con uno a uno de los reactivos sin avanzar hasta consensuar las palabras o términos más precisos que entre los adolescentes se comprenden o son más comunes para señalar las aseveraciones del instrumento, conforme a la aportación de cada participante, la responsable registró las expresiones y comentarios para estructurar el nuevo reactivo, posteriormente, se verificó la comprensión entre ellos y solicitó otra alternativa de expresión, si así lo requería, la intervención de la responsable solo consistió en guiar la secuencia de la actividad sin emitir juicios u opiniones sobre las aportaciones de cada participante, con el objetivo de consensuar el lenguaje más apropiado y la claridad en la redacción pero sin alterar el significado original de cada reactivo, al finalizar, se validó entre ellos la comprensión del instrumento. El tiempo de trabajo fue de 120 minutos entre ambos grupos, al final, cada participante recibió un obsequio como compensación por su aporte en la actividad.

Finalmente, 4) los expertos analizaron nuevamente cada reactivo considerando estas sugerencias, y por último, se tradujeron del español al inglés por otro traductor profesional nativo de México a fin de valorar la conservación del significado y recabar la información precisa.

### **Factores personales biológicos.**

*Cédula de datos generales.* Esta cédula incluyó información sobre: edad, sexo y edad en que ocurrió la primera menstruación (mujeres), eyaculación (hombres). También se integró la religión y escolaridad del participante (Apéndice A).

### **Factores personales afectivos**

*Subescala de creencias hedonistas sobre el uso del condón.* Este instrumento mide las creencias sobre el uso del condón, se empleó para medir variable la actitud hacia el uso del condón (Jemmott et al. 1992). Contiene 7 ítems que evalúan la opinión del adolescente sobre la influencia de condón en el placer sexual, un ejemplo es: Las relaciones sexuales no se sienten naturales cuando se usa un condón. Tiene 5 opciones de respuesta tipo Likert: 1, completamente en desacuerdo; a 5, completamente de acuerdo; la puntuación va de 7 a 35. El puntaje mayor corresponde a las actitudes positivas acerca del uso del condón. Los ítems 1, 2, 3, 4, y 7, indican actitud negativa hacia los condones, por lo tanto, deben invertirse antes de promediar el puntaje (Apéndice B).

### **Factores personales cognitivos**

*Cuestionario de conocimientos de ITS, Sida y embarazo.* Este instrumento evalúa el grado de conocimiento sobre prevención, transmisión y detección de ITS, VIH/SIDA, uso del condón y embarazo (Jemmott et al. 1992). Se utilizó para medir la variable conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo. Contiene 24 aseveraciones, con opciones de respuesta de verdadero, falso y no sabe. Un ejemplo es: Cuando se pone el condón en el pene, se debe dejar un espacio en la punta del condón. Cada respuesta contestada correctamente recibe un punto y cero a las incorrectas o que indican no saber. El rango de puntuación es de 0 a 24, por lo que a mayor puntuación corresponde mayor nivel de conocimiento. La respuesta correcta para los reactivos 1, 2, 4, 9, 17, 18, 22 y 24 es falso. Villarruel et al. (2004) reportaron un Alfa de Cronbach de .71 al probar el cuestionario en adolescentes Latinos de habla hispana (Apéndice C).

*Subescala de autoeficacia en la colocación del condón.* Esta escala evalúa la capacidad percibida de la persona para utilizar el condón (Brafford & Beck, 1991). Se empleó para medir la variable autoeficacia para el uso del condón. Contiene 12 preguntas; un ejemplo es: Tengo habilidad para ponerme el condón o ponérselo a mi

pareja. Con cinco opciones de respuesta en escala tipo Likert: 4 (completamente de acuerdo) a 0 (en completo desacuerdo). La puntuación va de 0 a 48, lo que muestra que a mayor puntuación, mayor es la autoeficacia percibida en el uso del condón. Hernández y López (2011) validaron este instrumento en población cubana y reportaron un alfa de Cronbach de 0.78 (Apéndice D).

***Subescala de asertividad en el uso del condón.*** Este instrumento valora la habilidad de la persona para persuadir a la pareja en el uso del condón (Brafford & Beck, 1991). En este caso, midió la variable capacidad de negociar el uso del condón. Contiene siete afirmaciones; un ejemplo es: Tengo habilidad para discutir el uso del condón con mi pareja. Con cinco opciones de respuesta en escala tipo Likert: 4 (completamente de acuerdo) a 0 (en completo desacuerdo). La puntuación va de 0 a 28, lo que muestra que a mayor puntuación, mayor es la capacidad de la persona para negociar el uso del condón. Hernández y López (2011) validaron este instrumento en población cubana y reportaron un alfa de Cronbach de 0.78 (Apéndice E).

***Escala de intención del uso del condón.*** Para evaluar la variable intención del uso del condón, se empleó la escala de intención del uso del condón (Villarruel et al. 2002). Contiene cuatro preguntas que miden las intenciones de usar condón en las relaciones sexuales en los próximos tres meses; un ejemplo es: ¿Qué tan probable es que decidas usar un condón si tienes relaciones sexuales en los próximos 3 meses? Tiene cinco opciones de respuesta tipo Likert: 1 (muy improbable) a 5 (muy probable). La puntuación va de 4 a 20, donde a mayor puntaje, mayor es la intención de usar el condón. Este instrumento ha reportado un alfa de Cronbach de 0.79 (Apéndice F).

### **Factores ambientales interpersonales.**

***Escala de comunicación sexual.*** Esta escala valora la comunicación entre padre/hijo específicamente sobre temas relacionados con ITS, VIH/SIDA y el uso de condón (Hutchinson & Cooney, 1998). Se aplicó para medir la variable comunicación sexual con los padres. Contiene nueve reactivos; un ejemplo es: ¿Qué tanta información

específica sobre el uso del condón te ha dado tu padre/madre? Contiene cinco opciones de respuesta tipo Likert que van de 1 (nada) a 5 (mucho). El rango de puntuación es de 9 a 45, se obtiene a través de promedios y a mayor puntuación, mayor es la comunicación que existe entre padre e hijo. Márquez y Benavides (2012) reportaron un alfa de Cronbach de .87 (Apéndice G).

***Subescala del uso del condón con aprobación de la pareja.*** Este instrumento evalúa la influencia de la pareja en el uso del condón (Brafford & Beck, 1991). Se empleó para medir la variable aprobación de la pareja para usar condón. Contiene cinco afirmaciones; un ejemplo es: Si tuviera que sugerir a mi pareja usar el condón, me daría miedo de que me rechazara. Las respuestas se presentan en escala tipo Likert de cinco opciones: 4 (completamente de acuerdo) a 0 (en completo desacuerdo). La puntuación va de 0 a 20, lo que indica que a menor puntuación, mayor es la capacidad de influir en la pareja para el uso del condón. Este instrumento ha reportado un alfa de Cronbach de 0.78 (Apéndice H).

***Escala de normas de pares.*** Esta escala valora la percepción de popularidad entre los amigos a través del comportamiento sexual (Silver & Bauman, 2014). Contiene cinco afirmaciones que en este caso, evaluaron la variable influencia de pares sobre la sexualidad. Un ejemplo es: Tener sexo con todas las personas que sea posible hace que un chavo/a sea popular. Las opciones de respuesta son tipo Likert: 0 = ninguno, 1 = algunos, 2 = la mayoría, 3 = todos. La puntuación global, es de 0 a 15. El puntaje inferior indica ausencia de percepción de la popularidad entre pares, mientras que el puntaje superior señala la percepción de la popularidad entre los amigos o pares a partir del comportamiento sexual. Los resultados de fiabilidad han sido aceptables para hombres y mujeres con un alfa de Cronbach superior a .81 (Apéndice I).

### **Factores ambientales socioculturales.**

*Escala de equidad de género.* Esta escala evalúa la frecuencia de actitudes equitativas hacia la pareja en tareas domésticas y de la vida, salud reproductiva y prevención de enfermedades y violencia, que influyen en la toma de decisiones y en la relación sexual (Pulerwitz & Barker, 2008). Se empleó para medir la variable rol de género en las relaciones sexuales. Contiene 24 reactivos; un ejemplo es: Las mujeres no deben iniciar el sexo. Las opciones de respuesta son tipo Likert, 1: de acuerdo, 2: parcialmente de acuerdo, y 3: en desacuerdo. La puntuación global indica equidad baja de 1 a 23, equidad moderada de 24 a 47, y equidad alta de 48 a 72. El resultado de fiabilidad ha sido satisfactorio con un alfa de Cronbach de .75 (Apéndice J).

*Escala de actitud religiosa.* Evalúa las actitudes religiosas y considera la importancia de la oración, los rituales y la espiritualidad en la vida de las personas, sin necesidad de diferenciar entre religiones (Orozco & Domínguez, 2014). Este instrumento midió la variable creencias religiosas. Contiene 19 reactivos; un ejemplo es: Dios me ayuda a llevar una vida mejor. Las respuestas son tipo Likert, 1: totalmente en desacuerdo a 5: totalmente de acuerdo. Los reactivos 3, 7, 9, 11, 12, 15, 16, y 18 se invierten para indicar una actitud favorable hacia la religión. La puntuación final es de 95. Se han obtenido propiedades psicométricas adecuadas en población mexicana (.94). Se agregó un ítem específicamente sobre la aprobación de la religión sobre el uso del condón (Apéndice K).

*Escala de identidad étnica.* Evalúa la expresión de la identidad y el sentido de pertenencia, así como la búsqueda de información y experiencias relacionadas con el grupo étnico (Phinney & Ong, 2007). Contiene 17 afirmaciones que midieron la variable identidad étnica, con opciones de respuesta en escala Likert, (1) no me describe en absoluto a (4) me describe muy bien. Los reactivos 1, 8-13 se invierten para que el total indique un mayor grado identidad. La puntuación global va de 17 a 68, por lo que a mayor puntuación mayor es el grado de la identidad étnica. De lo contrario indica una

identidad difusa con bajo interés y compromiso hacia el grupo étnico. Ojeda y Liang (2014) reportaron una consistencia interna superior a .70 (Apéndice L).

Para la variable ocupación, se ubicaron en la cédula de datos generales las opciones: a) estudia, b) estudia y trabaja, c) trabaja, d) no estudia ni trabaja. Cuando la respuesta fue b o c, se solicitó contestar: e) en qué trabaja y f) cuántas horas del día trabaja (Apéndice A).

### **Conducta sexual segura.**

*Cuestionario de conducta sexual segura.* Este instrumento mide la frecuencia de prácticas sexuales seguras, así como el sexo seguro mediante el uso de protección durante el coito y la prevención de conductas de riesgo (Dilorio et al. 1992). Su empleo permitió medir la variable conducta sexual segura la cual incluye el uso del condón (ítems: 1-7) y el sexo seguro (ítems: 8-16). Contiene 16 reactivos; un ejemplo es: Insisto en usar condón cuando tengo relaciones sexuales. Se pide a los participantes contestar de acuerdo con la frecuencia en que realizan estos comportamientos. Las respuestas se presentan con cuatro opciones en escala tipo Likert: (1) nunca, (2) a veces, (3) casi siempre, (4) siempre. Los reactivos 4, 5, 7, 9, 11, 13, 15 y 16 se invierten para que la puntuación total indique mayor frecuencia de prácticas sexuales seguras así como el uso del condón. La puntuación va de 16 a 64. A mayor puntuación corresponde mayor frecuencia de uso del condón y mayor práctica de sexo seguro. Se han reportado alfas de Cronbach de .91 (Apéndice M).

### **Procedimiento de recolección de la información**

Previo a iniciar con la recolección de datos, se obtuvo la autorización del Comité de ética en investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (FAEN-UANL). Enseguida se asistió al Centro de Salud Rural Disperso Las Lomas para presentarse con el responsable y entregar el oficio expedido por la FAEN en el cual se solicitó el censo de los adolescentes y el croquis de la comunidad para identificar el número total de manzanas. Posteriormente, esta información se

ingresó en una base de datos del programa Excel y se obtuvieron de manera aleatoria 32 manzanas, de las cuales se consideraron a todos los adolescentes de 15 a 19 años que cumplieran los criterios de inclusión. Posteriormente se señalaron en el croquis las manzanas seleccionadas y se realizó un listado de los adolescentes con la dirección correspondiente.

La investigadora realizó un máximo de tres visitas al domicilio donde se identificó como el responsable de la investigación; verificó la información proporcionada por el Centro de Salud, explicó al padre/tutor así como al adolescente(s) el motivo de la visita, la importancia y los objetivos del estudio. De manera individual, a cada posible candidato se aplicaron 6 preguntas filtro elaboradas a partir de los criterios de inclusión. Debían responder de manera positiva a 4 y negativamente a 2. Cuando cubrieron estas preguntas filtro, se determinó su inclusión en la muestra y se estableció un día de la semana con opción de mañana o tarde para que el participante acudiera al Centro de Salud a llenar los cuestionarios correspondientes. Mientras tanto, se solicitó al padre/tutor el consentimiento informado (Apéndice N) para autorizar la participación de su hijo/a, (menor de edad) y se asignó un número de folio exclusivo a cada participante. En el caso de no cubrir las preguntas filtro, se concluyó la visita agradeciendo la atención otorgada. Cuando el adolescente era mayor de edad firmó el consentimiento informado (Apéndice O) antes de contestar los instrumentos en el Centro de Salud y únicamente se acordó en el momento de la visita el día y el horario para llenar los cuestionarios.

El día establecido para recibir a los participantes en un aula del Centro de Salud designada a esta actividad, la investigadora explicó la importancia de contestar lo más honestamente posible, así como la confidencialidad de la información. Enseguida, se entregó un juego de cuestionarios que inició con el consentimiento informado (Apéndice P) para su firma, y enseguida respondieron a los cuestionarios. La recolección de datos estuvo a cargo de la investigadora principal, quien resolvió las dudas de cada

participante. Al concluir el llenado del Apéndice H, se otorgó un descanso de 5 minutos para evitar agotamiento físico del participante. En este espacio se entregó un refrigerio y posteriormente se concluyó con el resto de los instrumentos. Al finalizar, los cuestionarios contestados se resguardaron en un sobre sellado y en una caja identificada como de manejo exclusivo por el investigador, mientras que a cada participante se le entregó un presente alusivo en agradecimiento por colaborar en la investigación. Ante la ausencia del participante a la cita programada, se buscó nuevamente, y se consideraron un máximo de tres visitas para su participación.

Cuando no se logró el contacto, o el padre/tutor no concedió el consentimiento informado, o el participante no cumplió con las preguntas filtro o simplemente no aceptó participar, se descartó la inclusión del adolescente en la muestra.

### **Consideraciones Éticas**

El presente estudio se apegó a los lineamientos y principios vigentes en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación que especifica que toda investigación científica destinada a la salud debe someterse a revisiones para su aprobación (Secretaría de Salud, 1987). De acuerdo al Título Segundo sobre aspectos éticos de la investigación en seres humanos y para el cumplimiento del Capítulo I Artículo 13, en el desarrollo del presente estudio, se respetó la dignidad y protección de los participantes (desde ahora denominados adolescentes). Al mismo tiempo, se les explicó que podían retirarse del estudio en el momento que así lo decidieran sin afectar su situación en la comunidad o su acceso al centro de salud.

De acuerdo al artículo 14, fracción I, V, VII y VIII, antes de iniciar el estudio se obtuvo la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la FAEN-UANL, para asegurar el cumplimiento de los principios éticos y científicos que justificaron el estudio.

Asimismo, se contó con el consentimiento del padre o tutor (Apéndice N) a quien se le explicó que aún y cuando haya autorizado la participación de su hija/o en el estudio, el consentimiento sobre la participación de cada adolescente sería voluntaria,

además de la confidencialidad en el manejo de los datos obtenidos a los que solo el investigador tuvo acceso (artículo 16). Esta investigación se consideró de riesgo mínimo de acuerdo al artículo 17 fracción II, ya que solo se aplicaron instrumentos sobre la conducta sexual, que para los adolescentes resulta sensible, incómodo y complejo de expresar.

Previo al llenado de los instrumentos, se entregó el consentimiento informado por escrito (Apéndice O y P), donde cada participante autorizó su participación en el estudio dejándole claro que a pesar de haberlo firmado, tenía el derecho a suspender su participación cuando así lo decidiera (artículo 20). Como señala el artículo 21, en dicho consentimiento se explicó claramente el propósito del estudio, los posibles riesgos, los beneficios, el derecho a recibir respuestas a sus dudas, así como la seguridad en la protección a su identidad (fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII). Cabe mencionar que el formato de consentimiento utilizado en la presente investigación fue autorizado por el Comité de Ética, como señala el artículo 22. Así mismo, se obtuvo la aprobación de las autoridades sanitarias de la comunidad (capítulo II, artículo 29 y 30).

### **Plan de análisis de datos**

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 20. Se realizó la codificación de las preguntas para cada instrumento y la base datos se capturó en dos momentos por la investigadora, para comparar ambas bases y asegurar la ausencia de errores. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial, la primera para conocer las características de los participantes con el cálculo de frecuencias y porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión. Posteriormente se realizó el análisis psicométrico de los instrumentos a través del Coeficiente alfa de Cronbach y se calcularon índices para cada uno de ellos.

En el caso del primer objetivo, que señaló analizar el efecto de los factores personales biológicos: edad, sexo, edad de la menarquia/espermaquia con la conducta

sexual segura, el uso del condón, y el sexo seguro; se realizaron correlaciones de Spearman, la U de Mann-Whitney y regresiones lineales múltiples.

Para el segundo objetivo, de examinar la asociación de los factores personales biológicos: edad, sexo, y edad de la menarquia/espermaquia, con los factores personales cognitivos: conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo, autoeficacia para el uso del condón, capacidad de negociar el uso del condón, e intención del uso del condón; se realizó una correlación de Spearman, una U de Mann Withney y una regresión lineal múltiple.

Para el tercer objetivo, que planteó analizar el efecto de los factores personales biológicos: edad, sexo, y edad de la menarquia/espermaquia, sobre los factores personales afectivos: actitud hacia el uso del condón; los factores ambientales interpersonales: comunicación sexual con los padres, aprobación de la pareja para usar condón e influencia de pares sobre la sexualidad; y los factores ambientales socioculturales: rol de género en las relaciones sexuales, creencias religiosas, aprobación de la religión sobre el uso del condón, identidad étnica y ocupación; primeramente se realizaron correlaciones de Spearman, tablas de contingencia, U de Man Whitney y regresiones lineales múltiples.

En el cuarto objetivo, para conocer la relación de los factores personales afectivos: actitud hacia el uso del condón, con los factores ambientales interpersonales: comunicación sexual con los padres, aprobación de la pareja para usar condón, e influencia de pares sobre la sexualidad y los factores ambientales socioculturales: rol de género en las relaciones sexuales, creencias religiosas, aprobación de la religión sobre el uso del condón, identidad étnica y ocupación; se realizaron correlaciones de Spearman y un modelo de regresión lineal múltiple por cada uno de los factores involucrados.

En el quinto objetivo, para comprobar la asociación de los factores personales afectivos: actitud hacia el uso del condón, con los factores ambientales interpersonales: comunicación sexual con los padres, aprobación de la pareja para usar condón, e

influencia de pares sobre la sexualidad; y los factores ambientales socioculturales: rol de género en las relaciones sexuales, creencias religiosas, aprobación de la religión sobre el uso del condón, identidad étnica y ocupación, hacia los factores personales cognitivos: conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo, autoeficacia para el uso del condón, capacidad de negociar el uso del condón, e intención del uso del condón; se realizaron correlaciones de Spearman y modelos de regresión lineal múltiple.

En el sexto objetivo, para identificar la influencia de los factores personales afectivos: actitud hacia el uso del condón, con los factores ambientales interpersonales: comunicación sexual con los padres, aprobación de la pareja para usar condón, e influencia de pares sobre la sexualidad, y los factores ambientales socioculturales: rol de género en las relaciones sexuales, creencias religiosas, aprobación de la religión sobre el uso del condón, identidad étnica, y ocupación, hacia la conducta sexual segura, el uso del condón, y el sexo seguro; se realizaron correlaciones de Spearman y modelos de regresión lineal múltiple.

Para el séptimo objetivo, de determinar la influencia de los factores personales cognitivos: conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo, autoeficacia para el uso del condón, capacidad de negociar el uso del condón, e intención del uso del condón hacia la conducta sexual segura, el uso del condón y el sexo seguro; se realizaron correlaciones de Spearman y regresiones lineales múltiples.

Para contestar al objetivo general que fue determinar la relación de los factores personales biológicos, afectivos y cognitivos; ambientales interpersonales y socioculturales con la conducta sexual segura de adolescentes nahuas, se empleó un análisis de regresión lineal multivariado.

## Capítulo III

### Resultados

En este capítulo se muestra el análisis de los datos obtenidos. Primero se presenta la estadística descriptiva que incluye las medidas de tendencia central y dispersión, así como la frecuencia de los datos de identificación general de los participantes. Después se muestra la confiabilidad interna de los instrumentos, la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección Lilliefors, así como las correlaciones y por último el análisis de regresión para dar respuesta a cada uno de los objetivos específicos.

#### Estadística descriptiva

La muestra estuvo conformada por 419 participantes con edades entre los 15 y 19 años ( $M = 17.50$ ,  $DE = 0.97$ ). En cuanto a la edad en que ocurrió la menarquia/espermaquia, fue entre los 10 y 16 años ( $M = 12.60$ ,  $DE = 1.50$ ). El número de años de estudio fue de 5 a 12 ( $M = 10.00$ ,  $DE = 1.30$ ), lo cual muestra que los participantes alcanzan la educación media básica (Tabla 1).

Tabla 1

#### *Datos de identificación general*

Variable	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Edad	17.50	18	0.97	15	19
Edad de la menarquia/espermaquia	12.60	12	1.50	10	16
Años de estudio	10.00	10	1.30	5	12

*Nota:*  $n = 419$ ;  $M$  = media;  $Mdn$ = mediana;  $DE$ = desviación estándar;  $Min$ = mínimo;  $Max$ =máximo

Acorde al análisis de los datos de identificación general, el sexo femenino predominó con 56.8%, en cuanto a la ocupación el 50.4% mencionó que estudia, y respecto a la religión el 63% contestó ser católico (Tabla 2).

Tabla 2

*Frecuencias de los datos de identificación general*

Variable	<i>f</i>	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	181	43.20
Femenino	238	56.80
<b>Ocupación</b>		
Estudia	211	50.40
Trabaja	111	26.40
Estudia y trabaja	87	20.80
Ni estudia, ni trabaja	10	2.40
<b>Religión</b>		
Católico	264	63.00
Cristiano	25	6.00
Protestante	2	.50
Testigo de Jehová	57	13.60
Ninguna	34	8.10
Otra	37	8.80

*Nota:*  $n = 419$ ;  $f$  = Frecuencia; % = Porcentaje

### **Estadística descriptiva de las variables de estudio por ítems**

#### **Actitud hacia el uso del condón**

En relación a la actitud hacia el uso del condón, la media más alta correspondió al reactivo: Me da vergüenza usar condones ( $M = 3.97$ ), en contraste, el reactivo: Las relaciones sexuales son más divertidas cuando se usa un condón, obtuvo la media más baja ( $M = 3.16$ ). Sin embargo, ambos promedios corresponden a una actitud neutra de los participantes hacia el uso del condón (Tabla 3).

Tabla 3

*Actitud hacia el uso del condón*

Items	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Si usara un condón al tener relaciones sexuales, no se sentiría tan bien	3.52	4	1.16
Me da vergüenza usar condones	3.97	4	1.12
Las relaciones sexuales no se sienten naturales cuando se usa un condón	3.32	3	1.24
Los condones quitan las ganas de tener relaciones sexuales, porque tienes que esperar (detenerte) para ponerte uno	3.86	4	1.12
Las relaciones sexuales se sienten bien aun cuando se usa un condón	3.51	4	1.14
Las relaciones sexuales son más divertidas cuando se usa un condón	3.16	3	1.12
Usar un condón interrumpe el ritmo de las relaciones sexuales	3.51	4	1.16

*Nota:*  $n = 419$ ; *M* = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; 1 = Completamente en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Neutro; 4 = De acuerdo; 5 = Completamente de acuerdo

**Conocimiento de ITS, uso del condón y embarazo**

En relación al conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo, la mayoría de las respuestas fueron correctas, sin embargo los reactivos: a) una forma en que muchas mujeres contraen SIDA, es por tener relaciones sexuales con un hombre que se inyecta drogas; y b) tener relaciones sexuales anales (por el recto) con un hombre (por ejemplo su pene en tu ano) aumenta tu posibilidad de contraer SIDA, obtuvieron respuestas incorrectas en más del 50% de los casos. (Tabla 4).

Tabla 4

*Conocimiento de ITS, SIDA y embarazo*

Items	<i>Incorrecto</i>		<i>Correcto</i>	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Una muchacha no puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales	80	19.1	339	80.9

*Nota:*  $n = 419$ ; *f* = frecuencia; % = porcentaje

continúa

Tabla 4

*Conocimiento de ITS, SIDA y embarazo (continuación)*

Items	<i>Incorrecto</i>		<i>Correcto</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Si una mujer se lava con una ducha vaginal después de tener relaciones sexuales, no quedará embarazada	83	19.8	336	80.2
Una señal común de ITS en el hombre es tener secreción por el pene	127	30.3	292	69.7
Aún si el hombre saca su pene de la vagina de la mujer antes de llegar al orgasmo (eyacular), la mujer puede quedar embarazada	132	31.5	287	68.5
Una muchacha que toma pastillas anticonceptivas y deja de tomárselas por uno o dos días seguidos, no aumenta su posibilidad de quedar embarazada	164	39.1	255	60.9
Una señal común de ITS es sentir fuerte ardor cuando orina	72	17.2	347	82.8
Una señal común de ITS es tener ampollas en el pene o la vagina	86	20.5	333	79.5
Una señal común de ITS en la mujer es tener secreción (flujo) vaginal, que causa ardor o picazón	77	18.4	342	81.6
No puedes tener una ITS si te sientes perfectamente bien	107	25.5	312	74.5
Una mujer que tiene una ITS puede contraer una infección en el útero y en las trompas de Falopio.	88	21.0	331	79.0
Una mujer embarazada que tiene una ITS puede transmitírsela a su bebé	66	15.8	353	84.2
Si tienes una ITS, es posible que tu pareja sexual también la tenga	37	8.8	382	91.2
Si tienes SIDA, existe una mayor probabilidad que contraigas otras enfermedades	96	22.9	323	77.1
Una persona puede tener el virus del SIDA y transmitírselo a otras personas aunque no parezca enfermo	48	11.5	371	88.5
Una forma en que muchas mujeres contraen SIDA, es por tener relaciones sexuales con un hombre que se inyecta drogas	219	52.3	200	47.7
Tener relaciones sexuales anales (por el recto) con un hombre (por ejemplo, su pene en tu ano) aumenta tu posibilidad de contraer SIDA	236	56.3	183	43.7
Usar vaselina como lubricante cuando se tiene relaciones sexuales disminuye la posibilidad de contraer SIDA o ITS	113	27	306	73.0

*Nota: n = 419; f = frecuencia; % = porcentaje*

*continúa*

Tabla 4

*Conocimiento de ITS, SIDA y embarazo (continuación)*

Items	<i>Incorrecto</i>		<i>Correcto</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Hay una buena posibilidad de contagiarse de SIDA si se comparte un lavamanos, ducha, o inodoro con alguien que tiene SIDA	160	38.2	259	61.8
El virus de SIDA está presente en el semen, la sangre y el flujo vaginal	48	11.5	371	88.5
El pene debe de estar erecto (duro) cuando se pone el condón	54	12.9	365	87.1
Cuando se pone el condón en el pene, se debe dejar un espacio en la punta del condón	69	16.5	350	83.5
El condón debe estar completamente desenrollado (estirado) antes de ponerlo	140	33.4	279	66.6
Guardar o llevar condones en sitios calurosos, puede destruir su efectividad en el pene	102	24.3	317	75.7
La espuma y la jalea que las mujeres usan como métodos anticonceptivos funcionan mejor que el condón en el hombre	93	22.2	326	77.8

*Nota:*  $n = 419$ ;  $f$  = frecuencia;  $\%$  = porcentaje

**Autoeficacia para el uso del condón**

En los ítems de autoeficacia para el uso del condón, la respuesta de los participantes señaló estar en desacuerdo en el reactivo: Sentiría vergüenza de ponerme un condón o ponérselo a mi pareja, el cual presentó el promedio más bajo ( $M = 1.62$ ), y el más alto fue para el reactivo: Puedo recordar llevar un condón conmigo por si lo necesitara ( $M = 2.56$ ), (Tabla 5).

Tabla 5

*Autoeficacia para el uso del condón*

Items	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Puedo comprar condones sin sentir vergüenza	2.14	2.00	1.35
Tengo habilidades para usar un condón correctamente.	2.16	2.00	1.26

*Nota:*  $n = 419$ ;  $M$  = media;  $Mdn$  = mediana;  $DE$  = desviación estándar; 0 = Completamente en desacuerdo; 1 = En desacuerdo; 2 = Indeciso; 3 = De acuerdo; 4 = Completamente de acuerdo

continúa

Tabla 5

*Autoeficacia para el uso del condón (continuación)*

Items	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Tengo habilidad para ponerme el condón o ponérselo a mi pareja	2.05	2.00	1.28
Puedo recordar llevar un condón conmigo por si lo necesitara	2.56	3.00	1.27
Tengo confianza en mí habilidad, o en la de mi pareja para mantener una erección con el condón puesto	2.34	2.00	1.25
Sentiría vergüenza de ponerme un condón o ponérselo a mi pareja	1.62	1.00	1.36
Puedo quitar un condón y deshacerme de él hábilmente cuando tenemos relaciones sexuales	2.28	3.00	1.32
Si mi pareja y yo fuéramos a usar un condón y no diera resultado, me daría vergüenza volver a usar uno (por ejemplo no pudiendo desenrollar el condón, ponérselo al revés, o con torpeza)	2.01	2.00	1.27
Tengo habilidad para ponerme un condón o ponérselo a mi pareja durante la estimulación erótica previa al acto sexual	2.12	2.00	1.31
Puedo usar el condón con mi pareja sin enfriar el momento	2.33	3.00	1.21
Tengo habilidad para ponerme el condón o para ponérselo a mi pareja rápidamente	1.76	2.00	1.23
Puedo usar el condón durante el acto sexual sin reducir mis sensaciones sexuales	2.32	2.00	1.22

*Nota:*  $n = 419$ ; *M* = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; 0 = Completamente en desacuerdo; 1 = En desacuerdo; 2 = Indeciso; 3 = De acuerdo; 4 = Completamente de acuerdo

**Capacidad de negociar el uso del condón**

En esta variable, la media más alta ( $M = 2.92$ ) señala que los participantes pueden usar el condón aún en los momentos de mayor pasión; y la media más baja que discuten el uso del condón con una posible pareja antes de tener cualquier contacto sexual ( $M = 2.53$ ), sin embargo, corresponden a la opción de indeciso (Tabla 6).

Tabla 6

*Capacidad de negociar el uso del condón*

Items	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Tengo habilidad para discutir el uso del condón con mi pareja	2.59	3.00	1.24
Tengo habilidad para sugerir el uso de condones con una pareja nueva	2.58	3.00	1.27
Puedo sugerir a mi pareja usar el condón sin que este se sienta enfermo/a	2.85	3.00	1.11
Puedo discutir el uso del condón con una posible pareja antes de tener cualquier tipo de contacto sexual (abrazarse, besarse, acariciarse)	2.53	3.00	1.21
Tengo habilidad para persuadir a mi pareja a aceptar usar un condón cuando tenemos sexo	2.77	3.00	1.11
Si mi pareja no quisiera usar un condón durante el acto sexual, lo convencería fácilmente que es necesario usarlo.	2.88	3.00	1.13
Confío en que mi pareja o yo pudiéramos usar el condón aún en los momentos de mayor pasión	2.92	3.00	1.07

*Nota:*  $n = 419$ ; *M* = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; 0 = Completamente en desacuerdo; 1 = En desacuerdo; 2 = Indeciso; 3 = De acuerdo; 4 = Completamente de acuerdo

**Intención del uso del condón**

Respecto a la intención del uso del condón, se obtuvieron medias que señalan la opción de “Ni probable, Ni improbable” al cuestionar el uso de anticonceptivos y el uso del condón. En cambio, el tratar con la pareja, y planificar usar condón, la media señaló la opción “Probable” lo que muestra la intención de los participantes de usar condón al menos en los próximos tres meses, si tuvieran relaciones sexuales (Tabla 7).

Tabla 7

*Intención del uso del condón*

Items	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
¿Qué tan probable es que tú y tu pareja decidan usar algún método anticonceptivo si tienen relaciones sexuales en los próximos 3 meses?	3.85	4.00	1.32
Planifico usar condones si tengo relaciones sexuales en los próximos 3 meses	4.02	4.00	1.26

*Nota:*  $n = 419$ ; *M* = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; 1 = Muy improbable; 2 = Improbable; 3 = Ni probable, Ni improbable; 4 = Probable; 5 = Muy probable

continúa

Tabla 7

*Intención del uso del condón (continuación)*

Items	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
¿Qué tan probable es que decidas usar un condón si tienes relaciones sexuales en los próximos 3 meses?	3.98	4.00	1.32
Trataré que mi pareja use condones si tenemos relaciones sexuales en los próximos 3 meses	4.02	4.00	1.29

*Nota:*  $n = 419$ ; *M* = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; 1 = Muy improbable; 2 = Improbable; 3 = Ni probable, Ni improbable; 4 = Probable; 5 = Muy probable

**Comunicación sexual con los padres**

La pregunta “¿Qué tanta información te ha dado papá/mamá sobre esperar hasta que seas mayor para tener relaciones sexuales? obtuvo el promedio más alto  $M = 3.71$ , y el más bajo correspondió  $M = 2.84$  a la pregunta “¿Qué tanta información específica sobre el uso del condón te ha dado papá/mamá?. Estos promedios indican: poca y alguna, cantidad de información que los padres han otorgado a los adolescentes sobre aspectos sexuales (Tabla 8).

Tabla 8

*Comunicación sexual con los padres*

Items	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
¿Qué tanta información te ha dado papá/mamá sobre lo que piensa acerca de tu conducta sexual?	3.27	3.00	1.34
¿Qué tanta información te ha dado papá/mamá sobre cómo evitar el embarazo?	3.61	4.00	1.33
¿Qué tanta información te ha dado papá/mamá sobre las enfermedades de transmisión sexual?	3.31	3.00	1.34
¿Qué tanta información te ha dado papá/mamá sobre cómo protegerte para que no te contagies de ITS o SIDA?	3.20	3.00	1.39
¿Qué tanta información específica sobre el uso del condón te ha dado papá/mamá?	2.84	3.00	1.39
¿Qué tanta información te ha dado papá/mamá sobre esperar hasta que seas mayor para tener relaciones sexuales?	3.71	4.00	1.32
¿Qué tanto te han dicho tus padres sobre la presión de tus amigos de tener sexo y de la persona con quien sales (novio/a)?	3.50	4.00	1.37

*Nota:*  $n = 419$ ; *M* = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; 1 = Nada; 2 = Poca; 3 = Alguna; 4 = Bastante; 5 = mucha

continúa

Tabla 8

*Comunicación sexual con los padres (continuación)*

Items	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
¿Qué tanta información te ha dado papá/mamá sobre VIH?	2.97	3.00	1.35
¿Qué tanto te han dicho tus padres de cómo resistir la presión de tus amigos y de la persona con quien sales (novio/a)?	3.54	4.00	1.36

*Nota:* *n* = 419; *M* = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; 1 = Nada; 2 = Poca; 3 = Alguna; 4 = Bastante; 5 = mucha

**Aprobación de la pareja para usar condón**

En aprobación de la pareja para usar condón, la media más alta (1.77) correspondió a la afirmación: si no estuviera seguro/a de que mi pareja usa condones, no le sugeriría usar uno, en cambio, la media más baja (1.19) correspondió a: no me sentiría seguro/a sugiriendo el uso del condón a mi nueva pareja porque temo que piense que tengo una enfermedad de transmisión sexual. Lo que señaló el desacuerdo de los participantes ante estas afirmaciones (Tabla 9).

Tabla 9

*Aprobación de la pareja para usar condón*

Items	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Si tuviera que sugerir a mi pareja usar el condón, me daría miedo de que me rechazara	1.26	1.00	1.27
Si no estuviera seguro/a de que mi pareja usa condones, no le sugeriría usar uno	1.77	1.00	1.45
No me sentiría seguro/a sugiriendo el uso del condón a mi nueva pareja porque temo que piense que tengo una enfermedad de transmisión sexual	1.19	1.00	1.27
No me sentiría seguro/a si le sugiriera a mi nueva pareja el uso del condón porque temo que piense que tiene una enfermedad de transmisión sexual	1.25	1.00	1.29
Me sentiría cómodo/a al discutir el uso del condón con una posible pareja antes de que tuviéramos relaciones sexuales	1.73	1.00	1.40

*Nota:* *n* = 419; *M* = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; 0 = Completamente en desacuerdo; 1 = En desacuerdo; 2 = Indeciso; 3 = De acuerdo; 4 = Completamente de acuerdo

### Influencia de pares sobre la sexualidad

Las respuestas para influencia de pares sobre la sexualidad obtuvo medias de 1.02, para “Tener sexo a mi edad es algo popular en un/a chavo/a” lo que refleja, la percepción de los participantes en que “Algunos” de sus amigos se consideran populares a partir de dicho comportamiento. En el resto del instrumento, la media más baja corresponde a la opción de “Ninguno” ( $M = 0.53$ ) (Tabla 10).

Tabla 10

#### *Influencia de pares sobre la sexualidad*

Items	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Tener sexo a mi edad es algo popular en un/a chavo/a	1.02	1.00	0.92
Tener sexo con alguien más a parte de su pareja, hace que un/a chavo/a sea popular	0.64	0.00	0.89
Tener sexo con todas las personas que sea posible hace que un/a chavo/a sea popular	0.59	0.00	0.90
Tener sexo con 2 personas diferentes el mismo día, hace que un/a chavo/a sea popular	0.53	0.00	0.84
Es popular que las chavas se embaracen mientras van a la escuela	0.55	0.00	0.82

*Nota:*  $n = 419$ ;  $M$  = Media;  $Mdn$  = Mediana;  $DE$  = desviación estándar; 0 = Ninguno; 1 = Algunos; 2 = La mayoría; 3 = Todos

### Rol de género en las relaciones sexuales

En rol de género en las relaciones sexuales, las respuestas obtenidas señalaron una opinión de “parcialmente de acuerdo” con la afirmación: un hombre puede golpear a su esposa si ella no tiene relaciones sexuales con él, la cual obtuvo la media más alta (2.93), y los hombres están siempre dispuestos a tener relaciones sexuales, con la media más baja (2.33) lo que reflejó entre los participantes, el desconocimiento sobre rol de género con la pareja así como el riesgo sexual, al considerar la disposición de los hombres para tener relaciones sexuales y llama la atención que ninguna afirmación alcanzó el puntaje de en desacuerdo (Tabla 11).

Tabla 11

*Rol de género en las relaciones sexuales*

Items	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Hay momentos en que una mujer merece ser golpeada	2.88	3.00	0.43
Una mujer debe tolerar la violencia para mantener unida a su familia	2.84	3.00	0.51
Está bien que un hombre golpee a su esposa si ella es infiel	2.86	3.00	0.45
Un hombre puede golpear a su esposa si ella no tiene relaciones sexuales con él	2.93	3.00	0.34
Si alguien insulta a un hombre, él debe defender su reputación con la fuerza si tiene que hacerlo	2.58	3.00	0.72
Un hombre que usa la violencia contra su mujer es un asunto privado que no debe ser discutido fuera de la pareja.	2.73	3.00	0.63
Los hombres necesitan más sexo que las mujeres	2.50	3.00	0.76
Un hombre que usa la violencia contra su mujer es un asunto privado que no debe ser discutido fuera de la pareja.	2.73	3.00	0.63
Es el hombre quien decide qué tipo de sexo tener	2.81	3.00	0.54
Los hombres están siempre dispuestos a tener relaciones sexuales	2.33	3.00	0.79
Un hombre necesita otras mujeres, incluso si las cosas con su esposa están muy bien	2.82	3.00	0.54
No se habla sobre el sexo, simplemente lo haces	2.65	3.00	0.68
Me da asco cuando veo a un hombre que actúa como una mujer	2.59	3.00	0.72
Una mujer no debe iniciar el sexo	2.47	3.00	0.83
Una mujer que tiene relaciones sexuales antes de casarse, no merece respeto	2.84	3.00	0.49
Las mujeres que llevan condones con ellas son fáciles	2.75	3.00	0.59
Los hombres deben estar indignados si sus mujeres les piden que use un condón	2.70	3.00	0.67
Sólo cuando una mujer tiene un hijo, es una mujer de verdad	2.60	3.00	0.73
Es responsabilidad de la mujer evitar el embarazo	2.84	3.00	0.52
Un hombre de verdad produce un hijo varón	2.87	3.00	0.45
El cambio de pañales, bañar y la alimentación de los niños es responsabilidad de la madre	2.72	3.00	0.62
El papel de la mujer es cuidar de su hogar y familia	2.51	3.00	0.76
El hombre debe decidir comprar los principales artículos para el hogar	2.52	3.00	0.75
Un hombre debe tener la última palabra sobre las decisiones en su casa	2.71	3.00	0.62
Una mujer debe obedecer a su marido en todas las cosas	2.84	3.00	0.46

*Nota:* *n* = 419; *M* = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; 1 = De acuerdo; 2 = Parcialmente de acuerdo; 3 = En desacuerdo

### Creencias religiosas

Las respuestas entre los participantes para creencias religiosas, mostraron un punto de vista “neutro y en total desacuerdo”. El reactivo “Dios significa nada para mí” obtuvo el promedio mas bajo  $M = 1.79$  y “Pienso que orar es una cosa buena” el más alto  $M = 3.83$  (Tabla 12).

Tabla 12

#### *Creencias religiosas*

Items	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Dios me ayuda a llevar una vida mejor	2.39	2.00	1.38
Me gusta mucho aprender sobre de Dios	2.36	2.00	1.36
Dios significa nada para mí	1.79	1.00	1.04
Creo que Dios ayuda a la gente	2.56	2.00	1.45
La oración me ayuda mucho	3.54	4.00	1.20
Pienso que orar es una cosa buena	3.83	4.00	1.06
Pienso que los textos religiosos como la Biblia, son anticuados	2.31	2.00	1.22
Dios es muy real para mí	3.74	4.00	1.13
Pienso que orar sirve para nada	1.96	2.00	1.08
La religión me ayuda a llevar una mejor vida	3.49	4.00	1.19
Encuentro difícil creer en Dios	2.11	2.00	1.16
Pienso que los rituales religiosos son una pérdida de tiempo	2.16	2.00	1.20
Para mí es importante practicar mi religión/creencias espirituales.	3.49	4.00	1.19
La religión es relevante en el mundo moderno	3.30	3.00	1.16
Pienso que ir al templo (iglesia, congregación) es pérdida de tiempo	2.05	2.00	1.12
Ocasionalmente comprometo o adapto mis creencias religiosas para proteger mi bienestar social y económico	2.58	3.00	1.26
Mis creencias religiosas realmente dan forma a mi enfoque total de vida	3.27	3.00	1.20
Estoy constantemente cuestionando mis creencias religiosas	2.48	2.00	1.26
La espiritualidad es importante en mi vida	3.48	4.00	1.15

*Nota:*  $n = 419$ ;  $M$  = media;  $Mdn$  = mediana;  $DE$  = desviación estándar; 1 = En total desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Neutro; 4 = De acuerdo; 5 = En total acuerdo

### ¿Qué tan de acuerdo está tu religión sobre el uso del condón?

La respuesta de los participantes sobre de la opinión de su iglesia sobre el uso del condón, en general, reflejan un punto de vista “neutro” ( $M = 3.26$ ).

### Identidad étnica

Las respuestas para identidad étnica mostraron medias de 1.29 a 2.86, la primera corresponde a “Desearía ser de diferente grupo étnico” donde el participante señaló “Me describe un poco”, en cambio, la segunda se refiere a “He experimentado cosas que reflejan mi grupo étnico como: comer comida, escuchar música y ver películas” aquí, la media corresponde a “Me describe bien”. Se observa de cierto modo, la importancia para los adolescentes del pertenecer al grupo étnico y su capacidad de externarlo a través de actividades que involucran el fomento y aprendizaje del mismo (Tabla 13).

Tabla 13

<i>Identidad étnica</i>			
Items	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
No he participado en ninguna actividad que me enseñara sobre mi grupo étnico	1.98	2.00	0.99
He experimentado cosas que reflejan mi grupo étnico como: comer comida, escuchar música y ver películas	2.86	3.00	0.95
He asistido a eventos que me han ayudado a aprender más sobre mi grupo étnico	2.70	3.00	1.03
Desearía ser de diferente grupo étnico	1.29	1.00	0.58
He leído libros/revistas/periódicos u otros materiales que me han enseñado de mi grupo étnico	2.60	3.00	1.07
He participado en actividades que me han mostrado mi grupo étnico	2.61	3.00	1.07
He aprendido acerca de mi grupo étnico haciendo cosas como leer (libros, revistas, periódicos), navegar en internet o manteniéndome al tanto de eventos actuales	2.65	3.00	1.04
He participado en actividades que me han enseñado sobre de mi grupo étnico	2.65	3.00	1.05
Mis sentimientos respecto a mi grupo étnico son mayormente negativos	1.43	1.00	0.73
Me siento negativo/a a cerca de mi grupo étnico	1.34	1.00	0.63

*Nota:*  $n = 419$ ;  $M$  = media;  $Mdn$  = mediana;  $DE$  = desviación estándar; 0 = No me describe en absoluto; 1 = Me describe un poco; 2 = Me describe bien; 3 = Me describe muy bien

continúa

Tabla 13

*Identidad étnica (continuación)*

Items	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
No soy feliz con mi grupo étnico	1.32	1.00	0.63
Si pudiera elegir, preferiría ser de un grupo étnico distinto	1.30	1.00	0.61
No me gusta mi grupo étnico	1.30	1.00	0.59
Estoy clara/o respecto a lo que mi grupo étnico significa para mí	2.81	3.00	0.96
Entiendo cómo me siento acerca de mi grupo étnico	2.79	3.00	0.97
Conozco lo que mi grupo étnico significa para mí	2.81	3.00	0.98
Tengo un sentido claro de lo que mi grupo étnico significa para mí	2.81	3.00	0.99

*Nota:* *n* = 419; *M* = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; 0 = No me describe en absoluto; 1 = Me describe un poco; 2 = Me describe bien; 3 = Me describe muy bien

**Conducta sexual segura****Uso del condón**

En las respuestas de los participantes para uso del condón, la media más baja fue de 1.25, para el ítem “Tengo relaciones sexuales anales sin usar un condón” lo que corresponde a “nunca”. En cambio, la media más alta fue de 3.05, en el ítem “Yo insisto en el uso del condón cuando tengo relaciones sexuales” y corresponde a “la mayor parte del tiempo”. Estas medias, representan la frecuencia en que llevan un condón consigo ante una posible relación sexual, o en su caso, que pueden negarse a la relación sexual sin protección (Tabla 14).

Tabla 14

*Uso del condón*

Items	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Yo insisto en el uso del condón cuando tengo relaciones sexuales	3.05	3.00	1.00
Yo detengo el juego previo, a la relación sexual (como tocar/ besar/agasajar) a tiempo para ponerme un condón o para que mi pareja se ponga un condón	2.74	3.00	1.07

*Nota:* *n* = 419; *M* = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; 1 = Nunca; 2 = Algunas veces; 3 = La mayor parte del tiempo; 4 = Siempre

continúa

Tabla 14

*Uso del condón (continuación)*

Items	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Si sé que en un encuentro con alguien podemos tener relaciones sexuales, llevo un condón conmigo	2.72	3.00	1.10
Si me dejo llevar por la pasión del momento, yo tengo relaciones sexuales sin usar un condón	1.52	1.00	0.78
Tengo sexo oral sin usar barreras de protección, como un condón o cubierta de látex	1.43	1.00	0.82
Tengo relaciones sexuales anales sin usar un condón	1.25	1.00	0.62
Si mi pareja insiste en tener relaciones sin usar un condón, me niego a tener relaciones sexuales	2.95	3.00	1.09

*Nota:* *n* = 419; *M* = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; 1 = Nunca; 2 = Algunas veces; 3 = La mayor parte del tiempo; 4 = Siempre

**Sexo seguro**

En el instrumento sobre sexo seguro, las respuestas obtenidas resultaron con una media de 1.11 como mínima y máxima de 3.32. Lo que corresponde a “nunca” para la primera, y “la mayor parte del tiempo” para la segunda”. En general, los participantes reflejaron practicar sexo seguro, evitar el contacto con fluidos de la pareja, y el no consumo de sustancias antes o durante las relaciones sexuales (Tabla 15).

Tabla 15

*Sexo seguro*

Items	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Si sé que en un encuentro con alguien podemos tener relaciones sexuales, yo tengo un plan en mente para practicar sexo seguro	2.77	3.00	1.12
Uso cocaína u otras drogas antes o durante las relaciones sexuales	1.15	1.00	0.49
Evito el contacto directo con el semen o secreciones vaginales de mi pareja sexual	2.92	3.00	1.13
Tengo relaciones sexuales en la primera cita sin conocer la vida sexual de mi pareja	1.26	1.00	0.62
Evito las relaciones sexuales cuando tengo llagas o irritación en mi área genital	3.32	4.00	1.04
Practico sexo anal	1.19	1.00	0.53

*Nota:* *n* = 419; *M* = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; 1 = Nunca; 2 = Algunas veces; 3 = La mayor parte del tiempo; 4 = Siempre

continúa

Tabla 15

*Sexo seguro (continuación)*

Items	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Evito tener contacto directo con la sangre de mi pareja sexual	3.00	4.00	1.17
Yo tengo relaciones sexuales con una persona que sé que es bisexual o gay	1.11	1.00	0.38
Consumo bebidas alcohólicas antes o durante las relaciones sexuales	1.16	1.00	0.47

*Nota:* *n* = 419; *M* = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; 1 = Nunca; 2 = Algunas veces; 3 = La mayor parte del tiempo; 4 = Siempre

**Global de las variables por sexo**

En seguida, se presenta un resumen global de las variables por sexo, puede observarse que únicamente en autoeficacia para el uso del condón, aprobación de la pareja para usar condón e influencia de pares sobre la sexualidad, los hombres, obtuvieron medias más altas y en el resto de variables fueron las mujeres quienes predominaron (Tabla 16).

Tabla 16

*Global de las variables por sexo*

Variable	<i>n</i>	<i>Sexo</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Actitud hacia el uso del condón	181	H	60.35	57.14	17.36	14.29	100
	238	M	66.70	67.86	18.57	14.29	100
Conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo	181	H	72.72	75.00	18.18	0.00	100
	238	M	77.03	81.25	16.91	12.50	100
Autoeficacia para el uso del condón	181	H	62.49	62.50	17.31	8.33	100
	238	M	49.55	50.00	20.64	0.00	100
Capacidad de negociar el uso del condón	181	H	66.04	67.86	19.16	0.00	100
	238	M	70.00	71.43	20.71	10.71	100
Intención del uso del condón	181	H	71.18	75.00	24.98	12.50	100
	238	M	78.15	87.50	23.64	18.75	100
Rol de género en las relaciones sexuales	181	H	81.96	87.50	16.61	20.83	100
	238	M	87.70	91.67	14.64	20.83	100
Creencias religiosas	181	H	58.19	59.21	17.05	3.95	100
	238	M	64.73	64.47	18.23	5.26	100

*Nota:* *n* = 419; H = hombre; M = mujer;  $\bar{X}$  = media; *Mdn* = mediana; *DE* = desviación estándar; *Min* = mínimo; *Max* = máximo

continúa

Tabla 16

*Global de las variables por sexo (continuación)*

Variable	<i>n</i>	<i>Sexo</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Identidad étnica	181	H	63.94	60.78	17.30	31.37	100
	238	M	73.35	72.55	20.91	13.73	100
Comunicación sexual con los padres	181	H	53.08	52.78	24.96	2.78	100
	238	M	62.96	66.67	25.40	2.78	100
Aprobación de la pareja para usar condón	181	H	39.64	40.00	21.56	0.00	100
	238	M	33.19	30.00	22.14	0.00	100
Influencia de pares sobre la sexualidad	181	H	28.91	26.67	25.02	0.00	100
	238	M	17.09	26.67	21.17	0.00	100
Conducta sexual segura	181	H	72.85	75.00	13.84	41.67	100
	238	M	81.82	83.33	14.47	37.50	100
Uso del condón	181	H	67.46	66.67	15.53	28.57	100
	238	M	76.63	80.95	18.58	14.29	100
Sexo seguro	181	H	77.04	77.78	14.56	40.74	100
	238	M	85.85	88.89	13.82	37.04	100

*Nota:* *n* = 419; H = hombre; M = mujer;  $\bar{X}$  = media; *Mdn*= mediana; *DE*= desviación estándar; *Min* = mínimo; *Max* = máximo

**Global de las variables con ambos sexos**

Por último, se presenta el resumen de las variables donde se considera la respuesta de ambos sexos. Puede observarse que la media más alta, se encuentra en la variable rol de género en las relaciones sexuales, lo que representa una actitud equitativa hacia la pareja en tareas domésticas, de salud reproductiva y de la vida diaria, así como en prevención de enfermedades y violencia. En cambio, la media más baja es de la variable influencia de pares sobre la sexualidad, que refleja la ausencia de percepción de la popularidad entre los pares o amigos a partir del comportamiento sexual (Tabla 17).

Tabla 17

*Resumen de las variables con ambos sexos*

Variable	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Actitud hacia el uso del condón	419	63.77	64.29	18.56	0.00	100
Conocimiento sobre ITS, UC y embarazo	419	75.17	79.17	17.58	0.00	100
Autoeficacia para el uso del condón	419	55.14	56.25	20.29	0.00	100
Capacidad de negociar el UC	419	68.29	67.86	20.13	0.00	100

*Nota:* *n* = 419;  $\bar{X}$  = media; *Mdn*= mediana; *DE*= desviación estándar; *Min* = mínimo; *Max* = máximo

continúa

Tabla 17

*Resumen de las variables con ambos sexos (continuación)*

Variable	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Intención del uso del condón	419	74.13	81.25	26.97	0.00	100
Rol de género en las relaciones sexuales	419	85.22	91.67	15.76	0.00	100
Creencias religiosas	419	61.86	61.84	18.01	0.00	100
Identidad étnica	419	69.28	66.67	19.97	0.00	100
Comunicación sexual con los padres	419	58.21	61.11	26.54	0.00	100
Aprobación de la pareja para el UC	419	35.98	35.00	22.10	0.00	100
Influencia de pares sobre la sexualidad	419	22.20	13.33	23.12	0.00	100
Conducta sexual segura	419	77.94	79.17	14.87	0.00	100
Uso del condón	419	72.67	71.43	18.67	0.00	100
Sexo seguro	419	82.05	85.18	14.79	0.00	100

*Nota:* *n* = 419;  $\bar{X}$  = media; *Mdn*= mediana; *DE*= desviación estándar; *Min* = mínimo; *Max* = máximo

**Confiabilidad de los instrumentos**

El análisis de confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach. En todas las escalas y se obtuvieron puntuaciones de excelente, buena y aceptable (Grove, Burns & Gray 2013, pp. 340) (Tabla 18).

Tabla 18

*Confiabilidad de los instrumentos*

Instrumentos	<i>Ítems</i>	$\alpha$
Subescala de creencias hedonistas	07	.76
Cuestionario de conocimientos de ITS/SIDA y embarazo	24	.81
Subescala de autoeficacia en la colocación del condón	12	.86
Subescala de asertividad en el uso del condón	07	.82
Escala de intención del uso del condón	04	.84
Escala de comunicación sexual	09	.92
Subescala del uso del condón con aprobación de la pareja	04	.68
Escala de normas de pares	05	.85
Escala de equidad de género	24	.88
Escala de actitud religiosa	19	.90
Escala de identidad étnica	17	.92

*Nota:*  $\alpha$  = Alfa de Cronbach; *n* = 419

continúa

Tabla 18

*Confiabilidad de los instrumentos (continuación)*

Instrumentos	Ítems	$\alpha$
Cuestionario de conducta sexual segura	16	.80
Uso del condón	07	.68
Sexo seguro	09	.69

Nota:  $\alpha$  = Alfa de Cronbach;  $n$  = 419

**Análisis inferencial****Prueba de normalidad**

Se realizó un análisis de normalidad con la prueba Kolmogorov-Smirnov con corrección Lilliefors. En el que se observó que en todos los casos la significancia estadística resultó  $p < .05$ . Por lo que se determinó, que las variables propuestas en el modelo no presentaron una distribución normal (Tabla 19).

Tabla 19

*Prueba de normalidad*

Variable	$D^a$	$p$
Actitud hacia el uso del condón	.06	.003
Conocimientos de ITS, uso del condón y embarazo	.15	.001
Autoeficacia en el uso del condón	.05	.018
Capacidad de negociar el uso del condón	.09	.001
Intención del uso del condón	.17	.001
Comunicación sexual con los padres	.08	.001
Aprobación de la pareja para usar condón	.10	.001
Influencia de pares sobre la sexualidad	.17	.001
Rol de género en las relaciones sexuales	.18	.001
Creencias religiosas	.05	.008
Identidad étnica	.09	.001
Conducta sexual segura	.08	.001

Nota:  $n$  = 419;  $D^a$  = Estadístico de Normalidad con corrección Lilliefors;  $p$  = significancia estadística

continúa

Tabla 19

*Prueba de normalidad (continuación)*

Variable	$D^a$	$p$
Uso del condón	.09	.001
Sexo seguro	.13	.001

Nota:  $n = 419$ ;  $D^a$  = Estadístico de Normalidad con corrección Lilliefors;  $p$  = significancia estadística

**Factores personales biológicos y conducta sexual segura**

Para responder al primer objetivo específico, que planteó analizar el efecto de los factores personales biológicos edad, sexo, y edad de la menarquía/espermaquia con la conducta sexual segura, el uso del condón, y el sexo seguro, se realizaron correlaciones de Spearman, la prueba U de Mann Withney y regresiones lineales múltiples.

En la tabla 19, se puede apreciar que la edad no se correlacionó con la conducta sexual segura, el uso del condón, y el sexo seguro. La edad de la menarquía/espermaquia se relacionó negativa y débilmente con la conducta sexual segura ( $r_s = -.24$ ,  $p < .01$ ) y sus subescalas uso del condón ( $r_s = -.21$ ,  $p < .01$ ) y sexo seguro ( $r_s = -.22$ ,  $p < .01$ ). Esto quiere decir que a mayor edad de la menarquía/espermaquia menor es la conducta sexual segura (Tabla 20).

Tabla 20

*Correlación de los factores personales biológicos con la variable resultado*

Variable	Conducta sexual segura	Uso del condón	Sexo seguro
Edad	-.074	-.057	-.081
Edad de la menarquía/espermaquia	-.238**	-.209**	-.224**

Nota:  $n = 419$ ; \*\* $p < .01$

En la tabla 21, se puede observar que las mujeres presentaron mayor puntaje para conducta sexual segura ( $Mdn = 83.33$ ,  $p < .001$ ) uso del condón ( $Mdn = 66.67$ ,  $p < .001$ ) y sexo seguro ( $Mdn = 88.89$ ,  $p < .001$ ) en comparación de los hombres.

Tabla 21

*Diferencia de actitud hacia el uso del condón de acuerdo al sexo (continuación)*

Variable	<i>n</i>	Sexo	$\bar{X}$	Mediana	<i>U</i>	<i>p</i>
Conducta sexual segura	181	H	72.85	75.00	13849.0	.001
	238	M	81.82	83.33		
Uso del condón	181	H	67.46	66.67	15420.0	.001
	238	M	76.63	80.95		
Sexo seguro	181	H	77.04	77.78	13877.0	.001
	238	M	85.85	88.89		

*Nota:* *n* = 419; H = hombre; M = mujer;  $\bar{X}$  = media; *U* = estadístico U de Mann-Whitney

Para conocer el efecto de los factores biológicos sobre la conducta sexual segura se realizaron tres modelos de regresión lineal múltiple. Se consideraron como variables independientes edad, sexo y edad de la menarquía/espermaquia, y como variables dependientes, la conducta sexual segura, el sexo seguro y el uso del condón (respectivamente). Para el caso de la variable sexo, se manejaron dos niveles, uno cuando el sexo del adolescente fue masculino y cero cuando el sexo del adolescente fue femenino. El modelo de regresión para conducta sexual segura fue significativo ( $F_{[3,415]} = 14.73, p < .001$ ) y explica el 9% de la varianza. Pertener al sexo masculino tiene un efecto grande y negativo sobre la conducta sexual segura, es decir, los hombres tienen menor posibilidad de tener conductas sexuales seguras ( $\beta = -7.45, t = -4.38, p < .001$ ) que las mujeres (Tabla 22).

Tabla 22

*Factores personales biológicos para la conducta sexual segura*

	$\beta$	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Intersección	103.23	13.86	7.45	.001
Edad	0-.67	3.72	-.93	.352
Hombre	0-7.45	01.70	-4.38	.001
Edad de la menarquía/espermaquia	0-.81	0.58	-1.40	.163

*Nota:* Variable dependiente = conducta sexual segura;  $\beta$  = coeficiente de regresión; *DE* = desviación estándar

El segundo modelo de regresión con la variable dependiente uso del condón también fue significativo ( $F_{[3,415]} = 9.8, p < .001$ ) y explica el 5.9% de la varianza. Pertenecer al sexo masculino, tiene un efecto grande y negativo sobre el uso del condón. Esto significa que los hombres tienen menor posibilidad de usar condón que las mujeres ( $\beta = -7.21, t = -3.32, p < .001$ ) (Tabla 23).

Tabla 23

*Factores personales biológicos para el uso del condón*

Variable	$\beta$	DE	t	p
Constante	102.50	17.70	5.79	.001
Edad	-.76	.92	-.82	.413
Hombre	-7.21	2.17	-3.32	.001
Edad de la menarquia/espermaquia	-1.06	.74	-1.43	.152

*Nota:* Variable dependiente = uso del condón;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

El tercer modelo de regresión con la variable dependiente sexo seguro también fue significativo ( $F_{[3,415]} = 13.98, p < .001$ ) y explica el 8.5% de la varianza. El sexo masculino tiene un efecto grande y negativo sobre el sexo seguro. Es decir, los hombres tienen menor posibilidad de practicar sexo seguro ( $\beta = -7.64, t = -4.50, p < .001$ ) que las mujeres (Tabla 24).

Tabla 24

*Factores personales biológicos para sexo seguro*

Variable	$\beta$	DE	t	p
Constante	103.79	13.82	7.51	.001
Edad	-.61	.72	-.84	.399
Hombre	-7.64	1.70	-4.50	.001
Edad de la menarquia/espermaquia	-.61	.58	-1.06	.289

*Nota:* Variable dependiente = sexo seguro;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

**Factores personales biológicos hacia los factores personales cognitivos**

Para responder al segundo objetivo específico, de examinar la asociación de los factores biológicos: edad, sexo y edad de la menarquia/espermaquia, con los factores

cognitivos: conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo, autoeficacia para el uso del condón, capacidad de negociar el uso del condón e intención del uso del condón, se realizó una correlación de Spearman, una U de Mann Withney y una regresión lineal múltiple. Se observó la relación entre edad de la menarquia/espermaquia con autoeficacia para el uso del condón ( $r_s = .15, p < .01$ ), capacidad de negociar el uso del condón ( $r_s = -.15, p < .01$ ) e intención del uso del condón ( $r_s = -.19, p < .01$ ) (Tabla 25).

Tabla 25

*Correlación de los factores personales biológicos hacia los cognitivos*

Variable	Cono	Auto	Nego	Int
Edad	-.003	.004	-.007	-.089
Edad de la Menarquia/espermaquia	-.095	.152**	-.146**	-.190**

Nota: \*\*  $p < .01$ ; *Cono* = conocimiento sobre ITS, UC y embarazo; *Auto* = autoeficacia para el uso del condón; *Nego* = capacidad de negociar el uso del condón; *Int* = intención del uso del condón

Al analizar la asociación entre el sexo y los factores cognitivos, se observó que las mujeres tienen mayor nivel de conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo ( $Mdn = 81.25, p = .005$ ), mayor capacidad de negociar el uso del condón ( $Mdn = 71.43, p = .011$ ) y mayor intención del uso del condón ( $Mdn = 87.50, p = .002$ ) a diferencia de los hombres quienes solo mostraron mayor autoeficacia en el uso del condón ( $Mdn = 62.50, p < .001$ ) (Tabla 26).

Tabla 26

*Diferencia de los factores personales de acuerdo al sexo*

Variable	<i>n</i>	Sexo	$\bar{X}$	Mediana	U	<i>p</i>
Conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo	181	H	72.72	75.00	18135.5	.005
	238	M	77.03	81.25		
Autoeficacia en el uso del condón	181	H	62.49	62.50	13763.0	.001
	238	M	49.55	50.00		
Capacidad de negociar el uso del condón	181	H	66.04	67.86	18430.0	.011
	238	M	70.00	71.43		
Intención del uso del condón	181	H	69.85	75.00	17758.0	.002
	238	M	77.39	87.50		

Nota:  $n = 419$ ; H = hombre; M = mujer;  $\bar{X}$  = media; *U* = estadístico U de Mann-Whitney

Para examinar la asociación entre los factores personales biológicos sobre los factores personales cognitivos se realizaron cuatro modelos de regresión lineal múltiple, donde la edad, sexo y menarquía/espermaquia se consideraron como variables independientes y el conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo, la autoeficacia para el uso del condón, la capacidad de negociar el uso del condón, y la intención del uso del condón como variables dependientes (respectivamente). El modelo de regresión para la variable conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo no fue significativo ( $F_{[3,415]} = 2.41, p = .067$ ).

El modelo de regresión con la variable dependiente autoeficacia para el uso del condón fue significativo ( $F_{[3,415]} = 15.74, p < .001$ ) y explica el 9.6% de la varianza. Ser del sexo masculino tiene un efecto grande sobre la autoeficacia para el uso del condón. Esto significa, que los hombres se perciben con mayor capacidad de autoeficacia para usar condón que las mujeres ( $\beta = 13.57, t = 5.86, p < .001$ ) (Tabla 27).

Tabla 27

*Factores personales biológicos para autoeficacia para el uso del condón*

Variable	$\beta$	DE	t	p
Constante	68.62	18.86	3.64	.001
Edad	-.93	.98	-.95	.345
Hombre	13.57	2.31	5.86	.001
Edad de la menarquia/espermaquia	-.24	.79	-.30	.764

*Nota:* Variable dependiente = autoeficacia para el uso del condón;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

El tercer modelo de regresión con la variable dependiente capacidad de negociar el uso del condón no resultó significativo ( $F_{[3,415]} = 2.29, p = .078$ ). El cuarto modelo de regresión con la variable dependiente intención del uso del condón resultó significativo ( $F_{[3,415]} = 4.20, p = .006$ ); sin embargo, ninguna de las variables dentro del mismo explicó este porcentaje de varianza (Tabla 28).

Tabla 28

*Factores personales biológicos para intención del uso del condón*

	$\beta$	DE	t	p
Constante	127.29	26.06	4.88	.001
Edad	-1.69	1.36	-1.24	.214
Hombre	-4.26	3.20	-1.33	.183
Edad de la menarquia/espermaquia	-1.70	1.09	-1.57	.118

*Nota:* Variable dependiente = intención del uso del condón;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

### **Factores personales biológicos hacia los afectivos, ambientales interpersonales y socioculturales**

En respuesta al tercer objetivo, que planteó analizar el efecto de los factores personales biológicos: edad, sexo, y edad de la menarquia/espermaquia, sobre los factores personales afectivos: actitud hacia el uso del condón; los factores ambientales interpersonales: comunicación sexual con los padres, aprobación de la pareja para usar condón e influencia de pares sobre la sexualidad; y los factores ambientales socioculturales: rol de género en las relaciones sexuales, creencias religiosas, aprobación de la religión sobre el uso del condón, identidad étnica y ocupación.

La variable ocupación se transformó a variable continua, dónde el mayor puntaje se asignó a la ocupación óptima, que para la edad de los participantes es estudiar, enseguida los que estudian y trabajan, posteriormente quienes no trabajan, y el menor puntaje a los que no estudian ni trabajan. Se realizaron correlaciones de Spearman, tablas de contingencia, U de Man Whitney y regresiones lineales múltiples.

Se muestran relaciones significativas de la edad con la influencia de pares sobre la sexualidad ( $r_s = .10, p < .05$ ), con las creencias religiosas ( $r_s = -.15, p < .01$ ), la aprobación de la religión sobre el uso del condón ( $r_s = -.10, p < .05$ ); la identidad étnica ( $r_s = -.10, p < .05$ ) y la ocupación ( $r_s = -.20, p < .01$ ). La edad de la menarquía/espermaquia se relacionó de manera significativa con la actitud hacia el uso del condón ( $r_s = -.15, p < .01$ ), el rol de género en las relaciones sexuales ( $r_s = -.14, p < .01$ ), la

aprobación de la religión sobre el uso del condón ( $r_s = -.10, p < .05$ ); la aprobación de la pareja para usar condón ( $r_s = .21, p < .01$ ), la influencia de pares sobre la sexualidad ( $r_s = .13, p < .01$ ) y la ocupación ( $r_s = .12, p < .05$ ) (Tabla 29).

Tabla 29

*Factores personales biológicos, afectivos, interpersonales y socioculturales*

Variable	Act	Apro	Influe	Rol	Crel	Arel	Iden	Ocu
Edad	-.091	.070	.099*	-.054	-.150**	-.105*	-.102*	-.203**
M/E	-.146**	.214**	.131**	-.140**	-.080	-.096*	-.072	.125*

*Nota:* \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; M/E = edad de la menarquia/espermaquia; Act = actitud hacia el uso del condón; Apro = aprobación de la pareja para usar condón; Influe = influencia de pares sobre la sexualidad; Rol = rol de género en las relaciones sexuales; Crel = creencias religiosas; Arel = aprobación de la religión sobre el uso del condón; Iden = identidad étnica; Ocu = ocupación

Para establecer el grado de asociación entre sexo y ocupación se realizó una tabla de contingencia de 2x4, se encontró que no hay asociación entre estas variables ( $X^2_{[3]} = 6.76, p = .08$ ) (Tabla 30).

Tabla 30

*Asociación entre el sexo y la ocupación*

Sexo	Ocupación				Total
	Estudia	Trabaja	E y T	No E-ni T	
Hombre	87 (48.1%)	42 (23.2%)	48 (26.5%)	4 (2.2%)	181 (100%)
Mujer	124 (52.1%)	69 (29.0%)	39 (16.4%)	6 (2.5%)	238 (100%)
Total	211 (50.4%)	111 (26.5%)	87 (20.8%)	10 (2.4%)	419 (100%)

*Nota:*  $n = 419$ ; E y T = estudia y trabaja; No E-ni T = no estudia ni trabaja

Se puede observar, que las mujeres presentan mayor puntaje en las variables actitud hacia el uso del condón, comunicación sexual con los padres, aprobación de la pareja para usar condón, influencia de pares sobre la sexualidad, rol de género en las relaciones sexuales, creencias religiosas, aprobación de la religión sobre el uso del condón, e identidad étnica, en comparación con los hombres, quienes solo en influencia de pares sobre la sexualidad, presentaron mayor puntaje (Tabla 31).

Tabla 31

*Diferencia de los factores afectivos y ambientales de acuerdo al sexo*

Variable	<i>n</i>	<i>Sexo</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Actitud hacia el uso del condón	181	H	60.36	57.14	16784.5	.001
	238	M	66.37	67.86		
Comunicación sexual con los padres	181	H	52.64	52.78	16776.5	.001
	238	M	62.45	66.67		
Aprobación de la pareja para usar condón	181	H	39.64	40.00	17319.5	.001
	238	M	33.19	30.00		
Influencia de pares sobre la sexualidad	181	H	28.91	26.67	15098.5	.001
	238	M	17.09	6.67		
Rol de género en las relaciones sexuales	181	H	81.96	87.50	16289.0	.001
	238	M	87.70	91.67		
Creencias religiosas	181	H	58.10	59.21	17222.0	.001
	238	M	64.73	64.47		
Aprobación de la religión sobre el uso del condón	181	H	3.14	3.00	19287.5	.051
	238	M	3.34	3.00		
Identidad étnica	181	H	63.94	61.78	15672.5	.001
	238	M	73.35	72.55		

*Nota:* *n* = 419; H = hombre; M = mujer;  $\bar{X}$  = media; *U* = estadístico U de Mann-Whitney

Para investigar el efecto de los factores personales biológicos: edad, sexo, edad de la menarquia/espermaquia con los factores personales afectivos: actitud hacia el uso del condón; los factores ambientales interpersonales: comunicación sexual con los padres, aprobación de la pareja para el uso del condón, e influencia de pares sobre la sexualidad; y los factores ambientales influencia sociocultural: rol de género en las relaciones sexuales, creencias religiosas, identidad étnica, y ocupación, se realizaron siete modelos de regresión lineal múltiple.

Se presenta el modelo de regresión para actitud hacia el uso del condón, el cual fue significativo ( $F_{[3,415]} = 4.30, p = .005$ ) y explica el 2.3% de la varianza. Pertenecer al sexo masculino tiene un efecto grande y negativo sobre la actitud hacia el uso del condón, es decir los hombres tienen menor posibilidad de tener actitudes positivas sobre el uso del condón que las mujeres ( $\beta = -4.88, t = -2.22, p = .027$ ) (Tabla 32).

Tabla 32

*Factores personales biológicos para actitud hacia el uso del condón*

Variable	$\beta$	DE	t	p
Constante	90.73	17.93	5.06	.001
Edad	-1.04	.94	-1.11	.266
Hombre	-4.88	2.20	-2.22	.027
Edad de la menarquia/espermaquia	-.52	.75	-.69	.489

*Nota:* Variable dependiente = actitud hacia el uso del condón;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

Se muestra el modelo de regresión para la variable comunicación sexual con los padres, el cual también fue significativo ( $F_{[3,415]} = 5.84, p < .001$ ) y explica el 3.4% de la varianza. Puede observarse que, pertenecer al sexo masculino tiene un efecto grande y negativo sobre la comunicación sexual con los padres. Es decir, los hombres muestran menor comunicación sexual con los padres ( $\beta = -4.88, t = -2.22, p = .027$ ) que las mujeres (Tabla 33).

Tabla 33

*Factores personales biológicos para comunicación sexual con los padres*

Variable	$\beta$	DE	t	p
Constante	90.73	17.93	5.06	.001
Edad	-1.04	.94	-1.11	.266
Hombre	-4.88	2.20	-2.22	.027
Edad de la menarquia/espermaquia	-.52	.75	-.69	.489

*Nota:* Variable dependiente = comunicación sexual con los padres;  $\beta$  = coeficiente de regresión

Se presenta el modelo de regresión para aprobación de la pareja para usar condón, el cual resultó significativo ( $F_{[3,415]} = 5.62, p < .001$ ) y explica el 3.2% de la varianza. La edad de la menarquia/espermaquia tiene un efecto grande y positivo sobre la aprobación de la pareja para usar condón; es decir, a mayor edad de menarquia/espermaquia mayor aprobación de la pareja para usar condón ( $\beta = 2.30, t = 2.60, p = .010$ ) (Tabla 34).

Tabla 34

*Factores personales biológicos para aprobación de la pareja para usar condón*

Variable	$\beta$	DE	t	p
Constante	-9.75	21.25	-.46	.646
Edad	.88	1.11	.80	.426
Hombre	2.37	2.61	.91	.363
Edad de la menarquia/espermaquia	2.30	.88	2.60	.010

*Nota:* Variable dependiente = aprobación de la pareja para usar condón;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

El modelo de regresión para la influencia de pares sobre la sexualidad también fue significativo ( $F_{[3,415]} = 10.4, p < .001$ ) y explica el 6.3% de la varianza. Pertenecer al sexo masculino tiene un efecto grande y positivo sobre la influencia de pares sobre la sexualidad; es decir, los hombres perciben mayor influencia de sus pares sobre su sexualidad que las mujeres ( $\beta = 13.70, t = 5.10, p < .001$ ) (Tabla 35).

Tabla 35

*Factores personales biológicos para influencia de pares sobre la sexualidad*

Variable	$\beta$	DE	t	p
Constante	15.20	21.87	.69	.487
Edad	.97	1.14	.85	.394
Hombre	13.70	2.68	5.10	.001
Edad de la menarquia/espermaquia	-1.26	.91	-1.39	.166

*Nota:* Variable dependiente = influencia de pares sobre la sexualidad;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

El modelo de regresión para la variable rol de género en las relaciones sexuales fue significativo ( $F_{[3,415]} = 5.07, p < .001$ ) y explicó el 2.8% de la varianza. Pertenecer al sexo masculino tiene un efecto grande y negativo sobre el rol de género en las relaciones sexuales. Es decir, que los hombres muestran menor actitud equitativa con su pareja que las mujeres ( $\beta = -4.71, t = -2.53, p = .012$ ) (Tabla 36).

Tabla 36

*Factores personales biológicos para rol de género en las relaciones sexuales*

Variable	$\beta$	DE	t	p
Constante	102.34	15.18	6.74	.001
Edad	-.46	.79	-.59	.558
Hombre	-4.71	1.86	-2.53	.012
Edad de la menarquia/espermaquia	-.546	.63	-.86	.388

*Nota:* Variable dependiente = rol de género en las relaciones sexuales;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

El modelo de regresión para creencias religiosas fue significativo ( $F_{[3,415]} = 6.94$ ,  $p < .001$ ) y explica el 4.1% de la varianza. La edad tiene un efecto grande y negativo sobre las creencias religiosas; a mayor edad menor es la importancia que le dan a la religión ( $\beta = -2.26$ ,  $t = -2.51$ ,  $p = .013$ ). Pertenecer al sexo masculino tiene un efecto grande y negativo sobre las creencias religiosas. Los hombres dan menor importancia a la religión que las mujeres ( $\beta = -6.43$ ,  $t = -3.04$ ,  $p = .002$ ) (Tabla 37).

Tabla 37

*Factores personales biológicos para creencias religiosas*

Variable	$\beta$	DE	t	p
Constante	101.40	17.24	5.88	.001
Edad	-2.26	.90	-2.51	.013
Hombre	-6.43	2.11	-3.04	.002
Edad de la menarquia/espermaquia	.22	.72	.31	.754

*Nota:* Variable dependiente = creencias religiosas;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

El modelo de regresión para identidad étnica fue significativo ( $F_{[3,415]} = 10.06$ ,  $p < .001$ ) y explica el 6.1% de la varianza. Pertenecer al sexo masculino tiene un efecto grande y negativo sobre la identidad étnica. Los hombres se identifican en menor medida con su grupo étnico que las mujeres ( $\beta = -11.36$ ,  $t = -4.90$ ,  $p < .001$ ) (Tabla 38).

Tabla 38

*Factores personales biológicos para identidad étnica*

Variable	$\beta$	DE	t	p
Constante	86.57	18.91	4.58	.001
Edad	-1.74	.99	-1.76	.079
Hombre	-11.36	2.32	-4.90	.001
Edad de la menarquia/espermaquia	1.43	.79	1.81	.071

*Nota:* Variable dependiente = identidad étnica;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

Para establecer el efecto de los factores personales biológicos sobre la ocupación se realizó una regresión nominal. El modelo resultó con un ajuste adecuado hacia las variables consideradas ( $X^2_{[9]} = 29.63, p < .001$ ). Sin embargo, no existe efecto de la edad, el sexo y la edad de la menarquía/espermaquia sobre la ocupación (referencia no estudia ni trabaja) (Tabla 39).

Tabla 39

*Factores personales biológicos hacia la ocupación*

No estudia ni trabaja	Variable	$\beta$	DE	Wald	p
Estudia	Constante	3.03	6.37	.23	.634
	Edad	-.20	.33	.37	.542
	Hombre	-.36	.79	.21	.649
	Edad de la menarquia/espermaquia	.30	.28	1.10	.294
Trabaja	Constante	-7.66	6.60	1.35	.246
	Edad	.36	.34	1.14	.287
	Hombre	-.65	.81	.65	.419
	Edad de la menarquia/espermaquia	.31	.29	1.19	.275
Estudia y trabaja	Constante	-4.58	6.66	.47	.492
	Edad	.11	.35	.11	.741
	Hombre	-.02	.81	.01	.984
	Edad de la menarquia/espermaquia	.38	.29	1.68	.195

*Nota:* Variable dependiente = ocupación (referencia no estudia ni trabaja);  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

**Factores afectivos hacia los factores ambientales interpersonales y socioculturales**

En el cuarto objetivo, para conocer la relación de los factores personales afectivos: actitud hacia el uso del condón, con los factores ambientales interpersonales:

comunicación sexual con los padres, aprobación de la pareja para usar condón, e influencia de pares sobre la sexualidad y los factores ambientales socioculturales: rol de género en las relaciones sexuales, creencias religiosas, aprobación de la religión sobre el uso del condón, identidad étnica y ocupación, se realizaron correlaciones de Spearman y un modelo de regresión lineal múltiple por cada uno de los factores involucrados. En el caso de la variable creencias religiosas sobre el uso del condón, se utilizó la escala de actitud religiosa y un reactivo único “¿Qué tan de acuerdo está tu religión sobre el uso del condón?”

Se muestra la relación significativa de la actitud hacia el uso del condón con la comunicación sexual con los padres ( $r_s = .23, p < .01$ ), el rol de género en las relaciones sexuales ( $r_s = .27, p < .01$ ), la identidad étnica ( $r_s = .15, p < .01$ ), la aprobación de la pareja para usar condón ( $r_s = -.23, p < .01$ ) y la influencia de los pares sobre la sexualidad ( $r_s = -.15, p < .01$ ) (Tabla 40).

Tabla 40

*Correlación de los factores personales afectivos con los interpersonales y socioculturales*

Variable	Comu	Apro	Influ	Rol	Crel	Arel	Iden	Ocu
Actitud hacia el uso del condón	.227**	-.229**	-.149**	.273**	.063	.074	.149**	-.056

*Nota: \*\*p < .01; Comu = Comunicación sexual con los padres; Apro = Aprobación de la pareja para usar condón; Influ = Influencia de pares sobre la sexualidad; Rol = Rol de género en las relaciones sexuales; Crel = Creencias religiosas; Arel = Aprobación de la religión sobre el UC; Iden = Identidad étnica; Ocu = Ocupación (Transformada)*

Se muestran los modelos de regresión considerando como variable independiente, la actitud hacia el uso del condón, los factores ambientales interpersonales: comunicación sexual con los padres, aprobación de la pareja para usar condón e influencia de pares sobre la sexualidad; y los socioculturales: rol de género en las relaciones sexuales, creencias religiosas, aprobación de la religión sobre el uso del

condón, e identidad étnica como variables dependientes. Todos los modelos resultaron significativos ( $p < .05$ ) a excepción del modelo cinco y seis sobre creencias religiosas y aprobación de la religión sobre el uso del condón (Tabla 41).

Tabla 41

*Actitud hacia el uso del condón con los factores interpersonales y socioculturales*

Mod	Variable dependiente	Constante	$\beta$	DE	$p$	$R^2$
1	Comunicación sexual con los padres	40.05	.28	.07	.001	3.7
2	Aprobación de la pareja para UC	50.24	-.22	.06	.001	3.3
3	Influencia de pares sobre la sexualidad	33.26	-.17	.06	.004	1.7
4	Rol de género en las relaciones sexuales	71.68	.21	.04	.001	6.0
5	Creencias religiosas	62.18	-.00	.05	.918	-.2
6	Aprobación de la religión sobre el UC	3.17	.00	.00	.619	-.2
7	Identidad étnica	59.78	.15	.05	.004	1.7

*Nota:* Mod = modelo; *Variable independiente* = actitud sexual hacia el uso del condón;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar;  $R^2$  = R cuadrada ajustada

Para establecer el efecto de la actitud hacia el uso del condón sobre la ocupación se realizó una regresión nominal. El modelo resultante, presentó un ajuste adecuado ( $X^2_{[3]} = 19.39, p < .001$ ). Sin embargo, no existe efecto de la actitud hacia el uso del condón sobre la ocupación (referencia no estudia ni trabaja) (Tabla 42).

Tabla 42

*Modelo de regresión nominal de actitud hacia el uso del condón sobre la ocupación*

No estudia ni trabaja	Variable	$\beta$	DE	Wald	$p$
Estudia	Constante	3.23	1.16	7.81	.005
	Actitud hacia el uso del condón	-.01	.02	.03	.869
Trabaja	Constante	2.25	1.18	3.62	.057
	Actitud hacia el uso del condón	.01	.02	.01	.890
Estudia y trabaja	Constante	1.72	1.20	2.05	.152
	Actitud hacia el uso del condón	.01	.01	.14	.705

*Nota:* *Variable dependiente* = ocupación (referencia no estudia ni trabaja);  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

### **Factores personales afectivos, ambientales interpersonales y socioculturales hacia los personales cognitivos**

En el quinto objetivo, para comprobar la asociación de los factores personales afectivos: actitud hacia el uso del condón, con los factores ambientales interpersonales: comunicación sexual con los padres, aprobación de la pareja para usar condón, e influencia de pares sobre la sexualidad; y los factores ambientales socioculturales: rol de género en las relaciones sexuales, creencias religiosas, aprobación de la religión sobre el uso del condón, identidad étnica y ocupación, hacia los factores personales cognitivos: conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo, autoeficacia para el uso del condón, capacidad de negociar el uso del condón, e intención del uso del condón. Se realizaron correlaciones de Spearman y cuatro modelos de regresión lineal múltiple, uno por cada factor personal cognitivo. En el caso de los modelos de regresión, se presenta el modelo inicial y el modelo final utilizando la técnica de backward.

Se puede apreciar la asociación significativa de la actitud hacia el uso del condón con el conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo ( $r_s = .27, p < .01$ ); la autoeficacia para el uso del condón ( $r_s = .21, p < .01$ ); la capacidad de negociar el uso del condón ( $r_s = .45, p < .01$ ); y la intención del uso del condón ( $r_s = .30, p < .01$ ).

La comunicación sexual con los padres tuvo una asociación significativa con el conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo ( $r_s = .10, p < .05$ ), la capacidad de negociar el uso del condón ( $r_s = .24, p < .01$ ) y la intención del uso del condón ( $r_s = .20, p < .01$ ). También se observa la asociación de la aprobación de la pareja para usar condón con el conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo ( $r_s = -.27, p < .01$ ), la capacidad de negociar el uso del condón ( $r_s = -.30, p < .01$ ) y la intención del uso del condón ( $r_s = -.22, p < .01$ ).

La influencia de pares sobre la sexualidad, se asoció significativamente con la autoeficacia para el uso del condón ( $r_s = .15, p < .01$ ). El rol de género en las relaciones

sexuales tuvo una asociación significativa con el conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo ( $r_s = .26, p < .01$ ), la capacidad de negociar el uso del condón ( $r_s = .17, p < .01$ ) y la intención del uso del condón ( $r_s = .12, p < .05$ ).

Las creencias religiosas, se relacionaron significativamente con la intención del uso del condón ( $r_s = .15, p < .01$ ). En tanto que, la aprobación de la religión sobre el uso del condón se asoció significativamente con el conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo ( $r_s = .15, p < .01$ ); la capacidad de negociar el uso del condón ( $r_s = .20, p < .01$ ): y la intención del uso del condón ( $r_s = .16, p < .01$ ).

Por último, la identidad étnica se asoció significativamente con la autoeficacia para el uso del condón ( $r_s = -.11, p < .05$ ), con el conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo ( $r_s = .17, p < .01$ ), con la capacidad de negociar el uso del condón ( $r_s = .13, p < .01$ ), e intención del uso del condón ( $r_s = .17, p < .01$ ) (Tabla 43).

Tabla 43

*Correlación de los factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia los cognitivos*

Variable	Cono	Auto	Nego	Int
Actitud hacia el uso del condón	.269**	.207**	.446**	.302**
Comunicación sexual con los padres	.105*	.077	.237**	.203**
Aprobación de la pareja para usar condón	-.269**	-.094	-.299**	-.217**
Influencia de pares sobre la sexualidad	-.042	.151**	.035	-.031
Rol de género en las relaciones sexuales	.265**	.010	.171**	.124*
Creencias religiosas	.075	-.092	.095	.148**
Aprobación de la religión sobre el UC	.153**	.073	.205**	.157**
Identidad étnica	.171**	-.109*	.134**	.168**
Ocupación (Transformada)	-.062	-.018	-.093	-.018

*Nota:* \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; *Cono* = conocimiento sobre ITS, UC y embarazo; *Auto* = autoeficacia para el UC; *Nego* = capacidad de negociar el UC; *Int* = intención del UC

Se muestran los modelos de regresión lineal múltiple para los factores personales cognitivos: conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo, autoeficacia para el uso del condón, capacidad de negociar el uso del condón e intención del uso del condón

en los cuales las variables independientes de cada modelo correspondieron a los factores personales afectivos: actitud hacia el uso del condón; los factores ambientales interpersonales: comunicación sexual con los padres, aprobación de la pareja para usar condón, e influencia de pares sobre la sexualidad; y los factores socioculturales: rol de género en las relaciones sexuales, creencias religiosas, aprobación de la religión sobre el uso del condón, identidad étnica y ocupación.

El modelo de regresión lineal múltiple (inicial) para conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo fue significativo ( $F_{[14,404]} = 5.77, p < .001$ ) y explica el 13.8% de la varianza. De las variables que integran este modelo, las variables de actitud hacia el uso del condón, aprobación de la pareja para usar condón e identidad étnica, tuvieron un efecto moderado. Es decir, a mayor actitud positiva hacia el uso del condón ( $\beta = .16, t = 3.52, p < .001$ ), a menor aprobación de la pareja para usar condón ( $\beta = -.14, t = -3.44, p < .001$ ) y a mayor identidad étnica ( $\beta = .11, t = 2.40, p = .017$ ), mayor es el conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo. También, la opinión neutral de aprobación de la religión sobre el uso del condón presentó un efecto grande y negativo ( $\beta = -5.83, t = -2.21, p = .028$ ), lo que significa que aquellos adolescentes que están totalmente de acuerdo en que su religión aprueba el uso del condón, tienen mayor conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo que los adolescentes que perciben una opinión neutral (Tabla 44).

Tabla 44

*Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia el conocimiento sobre ITS, UC y embarazo (Modelo inicial)*

Variable	$\beta$	DE	t	p
Constante	53.08	8.26	6.43	.001
Actitud hacia el uso del condón	.16	.05	3.52	.001
Comunicación sexual con los padres	.01	.03	.35	.726
Aprobación de la pareja para usar condón	-.14	.04	-3.44	.001

*Nota:* Variable dependiente = conocimiento sobre ITS, UC y embarazo;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

continúa

Tabla 44

*Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia el conocimiento sobre ITS, UC y embarazo (Modelo inicial) (continuación)*

Variable	$\beta$	DE	t	p
Influencia de pares sobre la sexualidad	.03	.04	.79	.432
Rol de género en las relaciones sexuales	.12	.06	1.95	.051
Creencias religiosas	.01	.05	.16	.874
Aprobación de la religión sobre el uso del condón (totalmente de acuerdo)				
Totalmente en desacuerdo	-5.66	3.68	-1.54	.124
En desacuerdo	-1.86	3.51	-.53	.597
Neutral	-5.83	2.64	-2.21	.028
De acuerdo	-1.70	2.80	-.60	.546
Identidad étnica	.11	.05	2.40	.017
Ocupación (estudia)				
No estudia ni trabaja	-6.76	5.40	-1.25	.211
Trabaja	3.10	1.94	1.59	.113
Estudia y trabaja	-1.10	2.13	-.513	.609

*Nota: Variable dependiente = conocimiento sobre ITS, UC y embarazo;  $\beta$  = coeficiente de regresión;*

*DE = desviación estándar*

Se presenta el modelo de regresión lineal múltiple (final) utilizando la técnica de backward. Se generaron nueve modelos de los que se eliminaron las siguientes variables en el siguiente orden: ocupación (trabaja), aprobación de la religión sobre el uso del condón (de acuerdo), aprobación de la religión sobre el uso del condón (totalmente en desacuerdo), ocupación (estudia y trabaja), aprobación de la pareja usar condón, comunicación sexual con los padres, rol de género en las relaciones sexuales y ocupación (estudia).

El modelo de regresión para conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo, fue significativo ( $F_{[6,412]} = 12.76, p < .001$ ) y explica el 14.4% de la varianza. Las variables actitud hacia el uso del condón, rol de género en las relaciones sexuales e identidad étnica resultaron con un efecto moderado y positivo hacia el conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo. Es decir, a mayor actitud positiva hacia el uso

del condón ( $\beta = .16, t = 3.46, p < .001$ ), a mayor equidad en el rol de género en las relaciones sexuales ( $\beta = .12, t = 2.05, p = .041$ ) y a mayor reconocimiento de la identidad étnica ( $\beta = .12, t = 2.96, p = .003$ ), mayor grado de conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo.

La aprobación de la pareja para usar condón resultó con un efecto moderado y negativo, mientras que la ocupación (estudia y trabaja) tuvo un efecto grande y positivo. Esto quiere decir que a menor aprobación de la pareja para usar condón, mayor es el grado de conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo ( $\beta = -.14, t = -3.51, p < .001$ ) y mayor ocupación (estudia y trabaja), ( $\beta = 3.84, t = 2.13, p = .034$ ).

La aprobación de la religión sobre el uso del condón (neutral) tuvo un efecto grande y negativo ( $\beta = -3.88, t = -2.33, p = .020$ ), lo que significa que aquellos adolescentes con opinión neutral de que su religión aprueba el uso del condón, tienen menor conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo que los adolescentes con opinión totalmente de acuerdo (Tabla 45).

Tabla 45

*Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia el conocimiento sobre ITS, UC y embarazo (Modelo final-backward)*

Variable	$\beta$	DE	t	p
Constante	52.40	6.52	8.04	.001
Actitud hacia el uso del condón	.16	.04	3.46	.001
Aprobación de la pareja para usar condón	-.14	.04	-3.51	.001
Rol de género en las relaciones sexuales	.12	.06	2.05	.041
Aprobación de la religión sobre el uso del condón (totalmente de acuerdo)				
Neutral	-3.88	1.67	-2.33	.020
Identidad étnica	.12	.04	2.96	.003
Ocupación				
Estudia y trabaja	3.84	1.80	2.13	.034

*Nota:* Variable dependiente = conocimiento sobre ITS, UC y embarazo;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

El modelo de regresión lineal múltiple (inicial) de la autoeficacia para el uso del condón fue significativo ( $F_{[14,404]} = 4.93, p < .001$ ) y explicó el 11.6% de la varianza. De las variables que integran este modelo, la actitud hacia el uso del condón tuvo un efecto grande y positivo, la influencia de pares sobre la sexualidad un efecto moderado y positivo, la opinión de en desacuerdo de la religión sobre el uso del condón e identidad étnica un efecto moderado y negativo. Esto quiere decir que a mayor actitud positiva hacia el uso del condón ( $\beta = .28, t = 5.25, p < .001$ ), a mayor percepción de influencia entre pares sobre la sexualidad ( $\beta = .12, t = 2.92, p = .004$ ), a menor percepción de desacuerdo en la aprobación de la religión sobre el uso del condón ( $\beta = -12.83, t = -3.12, p = .002$ ) y a menor identidad étnica ( $\beta = -.18, t = -3.29, p < .001$ ), mayor es la autoeficacia para el uso del condón (Tabla 46).

Tabla 46

*Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia autoeficacia para el uso del condón (Modelo inicial)*

Variable	$\beta$	DE	t	P
Constante	65.98	9.65	6.84	.001
Actitud hacia el uso del condón	.28	.05	5.25	.001
Comunicación sexual con los padres	.02	.04	.62	.538
Aprobación de la pareja para usar condón	-.03	.05	-.60	.546
Influencia de pares sobre la sexualidad	.12	.04	2.92	.004
Rol de género en las relaciones sexuales	-.10	.07	-1.39	.165
Creencias religiosas	-.11	.06	-1.95	.052
Aprobación de la religión sobre el uso del condón (Totalmente de acuerdo)				
Totalmente en desacuerdo	-1.51	4.30	-.35	.726
En desacuerdo	-12.83	4.11	-3.12	.002
Neutral	-5.71	3.08	-1.85	.065
De acuerdo	-.81	3.27	-2.50	.803
Identidad étnica	-.18	.05	-3.29	.001
Ocupación (estudia)				
No estudia ni trabaja	-.31	6.31	-.05	.960
Trabaja	-1.02	2.26	-.45	.652
Estudia y trabaja	2.93	2.49	1.18	.240

*Nota:* Variable dependiente = conocimiento sobre ITS, UC y embarazo;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

Se presenta el modelo de regresión lineal múltiple (final) utilizando la técnica backward. Se generaron nueve modelos de los que se eliminaron las siguientes variables: ocupación (trabaja, estudia y trabaja, estudia), aprobación de la religión sobre el uso del condón, aprobación de la pareja para usar condón, comunicación sexual con los padres, y rol de género en las relaciones sexuales.

El modelo de regresión de la autoeficacia para el uso del condón fue significativo ( $F_{[6,412]} = 10.75, p < .001$ ) y explica el 12.3% de la varianza. La variable influencia de pares sobre la sexualidad e identidad étnica tuvieron un efecto moderado, mientras que la actitud hacia el uso del condón y la percepción de desacuerdo y neutra de aprobación de la religión sobre el uso del condón, resultaron con un efecto grande. Es decir, a mayor percepción de la influencia de pares sobre las sexualidad ( $\beta = .14, t = 3.49, p < .001$ ), a menor identidad étnica ( $\beta = -.17, t = -2.29, p < .001$ ), y a mayor la actitud positiva hacia el uso del condón ( $\beta = .28, t = 5.49, p < .001$ ), mayor es la autoeficacia para el uso del condón. En cambio, a mayor percepción de desacuerdo ( $\beta = -11.03, t = -3.26, p < .001$ ) y neutralidad ( $\beta = -5.05, t = -2.43, p = .015$ ) en la opinión de la religión sobre el uso del condón, menor posibilidad tienen los adolescentes de usar condón comparados con quienes perciben una opinión totalmente de acuerdo (Tabla 47).

Tabla 47

*Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia la autoeficacia para el uso del condón (Modelo final-backward)*

Variable	$\beta$	DE	t	p
Constante	55.49	5.83	9.52	.001
Actitud hacia el uso del condón	.28	.05	5.49	.001
Influencia de pares sobre la sexualidad	.14	.04	3.49	.001
Aprobación de la religión sobre el uso del condón (Totalmente de acuerdo)				
En desacuerdo	-11.03	3.38	-3.26	.001
Neutral	-5.05	2.07	-2.43	.015
Identidad étnica	-.17	.05	-2.29	.001

*Nota:* Variable dependiente = autoeficacia para el uso del condón;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

El modelo de regresión lineal múltiple (inicial) para la capacidad de negociar el uso del condón fue significativo ( $F_{[14,404]} = 11.27, p < .001$ ) y explica el 25.6% de la varianza. De las variables que integran el modelo, la comunicación sexual con los padres tuvo un efecto pequeño, la aprobación de la pareja para usar condón y la influencia de pares sobre la sexualidad resultaron con efecto moderado, mientras que la actitud hacia el uso del condón y la percepción del desacuerdo, neutral y de acuerdo de la aprobación de la religión hacia el uso del condón mostraron efecto grande. Es decir, a mayor comunicación sexual con los padres ( $\beta = .07, t = 2.08, p = .038$ ), a menor la aprobación de la pareja para usar condón ( $\beta = -.14, t = -3.21, p < .001$ ), a mayor influencia de pares sobre la sexualidad ( $\beta = .11, t = 2.71, p = .007$ ) y a mayor actitud positiva hacia el uso del condón ( $\beta = .40, t = 8.08, p < .001$ ) mayor es la capacidad de negociar el uso del condón. En cambio, a menor percepción de desacuerdo ( $\beta = -17.72, t = -4.74, p < .001$ ), neutral ( $\beta = -9.93, t = -3.54, p < .001$ ) y de acuerdo de la religión sobre el uso del condón ( $\beta = -7.75, t = -2.60, p < .01$ ), los adolescentes tienen mayor posibilidad de usar condón comparados con los que perciben una opinión en total acuerdo (Tabla 48).

Tabla 48

*Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia la capacidad de negociar el uso del condón (Modelo inicial)*

Variable	$\beta$	DE	t	p
Constante	47.26	8.78	5.38	.001
Actitud hacia el uso del condón	.40	.05	8.08	.001
Comunicación sexual con los padres	.07	.03	2.08	.038
Aprobación de la pareja para usar condón	-.14	.04	-3.21	.001
Influencia de pares sobre la sexualidad	.11	.04	2.71	.007
Rol de género en las relaciones sexuales	.01	.07	.13	.899
Creencias religiosas	.01	.05	.02	.984
Aprobación de la religión sobre el uso del condón (En total acuerdo)				
Totalmente en desacuerdo	-5.92	3.91	-1.51	.131
En desacuerdo	-17.72	3.74	-4.74	.001

Nota: Variable dependiente = capacidad de negociar el uso del condón;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

continúa

Tabla 48

*Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia la capacidad de negociar el uso del condón (Modelo inicial) (continuación)*

Variable	$\beta$	DE	$t$	$p$
Neutral	-9.93	2.80	-3.54	.001
De acuerdo	-7.75	2.98	-2.60	.010
Identidad étnica	.01	.05	.22	.824
Ocupación (Ni estudia, ni trabaja)				
Trabaja	-.85	5.74	-.15	.882
Estudia y trabaja	2.09	2.06	1.02	.310
Estudia	2.80	2.27	1.23	.217

*Nota:* Variable dependiente = capacidad de negociar el uso del condón;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

Se presenta el modelo de regresión lineal múltiple (final) utilizando la técnica backward, en la cual se generaron siete modelos de los que se eliminaron las siguientes variables en su orden respectivo: creencias religiosas, rol de género en las relaciones sexuales, ocupación (trabaja, estudia y trabaja, estudia), e identidad étnica.

El modelo de regresión de la capacidad de negociar el uso del condón fue significativo ( $F_{[8,410]} = 19.62, p < .001$ ) y explica el 26.3% de la varianza. La variable actitud hacia el uso del condón tuvo un efecto grande, la comunicación sexual con los padres un efecto pequeño, la aprobación de la pareja para usar el condón y la influencia de pares sobre la sexualidad un efecto moderado. Mientras que la aprobación de la religión sobre el uso del condón tuvo un efecto grande. Esto significa, que a mayor actitud positiva hacia el uso del condón ( $\beta = .41, t = 8.47, p < .001$ ), a mayor comunicación sexual con los padres ( $\beta = .07, t = 2.15, p = .032$ ), a menor aprobación de la pareja para usar condón ( $\beta = -.14, t = -3.61, p < .001$ ), a mayor influencia de pares sobre la sexualidad ( $\beta = .11, t = 2.86, p = .004$ ) mayor es la capacidad para negociar el uso del condón con la pareja. Y, a mayor percepción de desacuerdo ( $\beta = -17.97, t = -5.13, p < .001$ ), neutral ( $\beta = -10.03, t = -3.90, p < .001$ ) y de acuerdo ( $\beta = -7.58,$

$t = -2.65, p = .008$ ) de la religión sobre el uso del condón, menor probabilidad tienen los adolescentes de usar condón comparados con los que perciben una opinión totalmente de acuerdo (Tabla 49).

Tabla 49

*Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia la capacidad de negociar el uso del condón (Modelo final-backward)*

Variable	$\beta$	DE	$t$	$p$
Constante	49.52	4.63	10.69	.001
Actitud hacia el uso del condón	.41	.05	8.47	.001
Comunicación sexual con los padres	.07	.03	2.15	.032
Aprobación de la pareja para usar condón	-.14	.04	-3.61	.001
Influencia de pares sobre la sexualidad	.11	.04	2.86	.004
Aprobación de la religión sobre el uso del condón (Totalmente en desacuerdo)				
En desacuerdo	-17.97	3.51	-5.13	.001
Neutral	-10.03	2.57	-3.90	.001
De acuerdo	-7.58	2.88	-2.65	.008

*Nota:* Variable dependiente = capacidad de negociar el uso del condón;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

El modelo de regresión lineal múltiple (inicial) de la intención del uso del condón fue significativo ( $F_{[14,404]} = 2.77, p < .001$ ) y explica el 5.6% de la varianza. De las variables que integran este modelo la actitud hacia el uso del condón tuvo un efecto moderado, la comunicación sexual con los padres un efecto pequeño y la aprobación de la pareja para usar el condón un efecto moderado. Esto significa que a mayor actitud positiva hacia el uso del condón ( $\beta = .20, t = 2.73, p = .007$ ), a mayor comunicación sexual con los padres ( $\beta = .01, t = 1.96, p < .05$ ), a menor aprobación de la pareja para usar condón ( $\beta = -.14, t = -2.11, p = .036$ ) mayor es la intención del uso del condón (Tabla 50).

Tabla 50

*Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia la intención del uso del condón (Modelo inicial)*

Variable	$\beta$	DE	$t$	$p$
Constante	56.14	13.26	4.23	.001
Actitud hacia el uso del condón	.20	.07	2.73	.007
Comunicación sexual con los padres	.01	.05	1.96	.050
Aprobación de la pareja para usar condón	-.14	.07	-2.11	.036
Influencia de pares sobre la sexualidad	-.01	.06	-.22	.825
Rol de género en las relaciones sexuales	-.03	.10	-.33	.740
Creencias religiosas	.15	.08	1.89	.059
Aprobación de la religión sobre el uso del condón (En total acuerdo)				
En total desacuerdo	-6.46	5.90	-1.09	.274
En desacuerdo	-7.97	5.64	-1.41	.158
Neutro	-6.43	4.23	-1.52	.129
De acuerdo	-7.37	4.49	-.974	.331
Identidad étnica	.05	.07	.74	.458
Ocupación (No estudia ni trabaja)				
Trabaja	-.85	5.74	-.15	.882
Estudia y trabaja	-2.09	2.06	1.02	.310
Estudia	2.80	2.27	1.23	.217

*Nota:* Variable dependiente = intención del uso del condón;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

Se presenta el modelo de regresión lineal múltiple (final) utilizando la técnica backward. En este se generaron 11 modelos en los que se eliminaron las siguientes variables en el orden señalado: ocupación (estudia, trabaja, estudia y trabaja), influencia de pares sobre la sexualidad, rol de género en las relaciones sexuales, identidad étnica, y aprobación de la religión sobre el uso del condón.

El modelo de regresión de la intención del uso del condón fue significativo ( $F_{[4,414]} = 8.68, p < .001$ ) y explica el 6.8% de la varianza. Las variables actitud hacia el uso del condón, comunicación sexual con los padres, aprobación de la pareja para usar condón y creencias religiosas tuvieron un efecto moderado. Es decir, a mayor actitud positiva hacia el uso del condón ( $\beta = .21, t = 2.98, p = .003$ ), a mayor comunicación sexual con los padres ( $\beta = .11, t = 2.27, p = .024$ ), a menor aprobación de la pareja para

usar condón ( $\beta = -.12$ ,  $t = -2.12$ ,  $p = .035$ ) y mayor importancia de las creencias religiosas ( $\beta = .22$ ,  $t = 3.03$ ,  $p = .003$ ) mayor es la intención de usar condón (Tabla 51).

Tabla 51

*Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia la intención del uso del condón (Modelo final-backward)*

Variable	$\beta$	DE	$t$	$p$
Constante	45.13	6.94	6.50	.001
Actitud hacia el uso del condón	.21	.07	2.98	.003
Comunicación sexual con los padres	.11	.05	2.27	.024
Aprobación de la pareja para usar condón	-.12	.06	-2.12	.035
Creencias religiosas	.22	.07	3.03	.003

*Nota:* Variable dependiente = intención del uso del condón;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

### **Factores personales afectivos, ambientales interpersonales y socioculturales hacia la conducta sexual segura**

En el sexto objetivo, para identificar la influencia de los factores personales afectivos: actitud hacia el uso del condón; con los factores ambientales interpersonales: comunicación sexual con los padres, aprobación de la pareja para usar condón, e influencia de pares sobre la sexualidad; y los factores ambientales socioculturales: rol de género en las relaciones sexuales, creencias religiosas, aprobación de la religión sobre el uso del condón, identidad étnica, y ocupación, hacia la conducta sexual segura, el uso del condón y el sexo seguro. Se realizaron correlaciones de Spearman y tres modelos de regresión lineal múltiple uno para la variable total y uno por cada subescala.

Se observa que la actitud hacia el uso del condón se relacionó significativamente con la conducta sexual segura ( $r_s = .356$ ,  $p < .01$ ), el uso del condón ( $r_s = .332$ ,  $p < .01$ ) y el sexo seguro ( $r_s = .301$ ,  $p < .01$ ). La comunicación sexual con los padres tuvo una asociación significativa con la conducta sexual segura ( $r_s = .238$ ,  $p < .01$ ), el uso del condón ( $r_s = .220$ ,  $p < .01$ ) y el sexo seguro ( $r_s = .207$ ,  $p < .01$ ).

Así mismo, la aprobación de la pareja para usar condón tuvo una asociación significativa con la conducta sexual segura ( $r_s = -.127, p < .01$ ), el uso del condón ( $r_s = -.109, p < .05$ ) y el sexo seguro ( $r_s = -.110, p < .05$ ). La influencia de pares sobre la sexualidad se asoció significativamente con la conducta sexual segura ( $r_s = -.120, p < .05$ ), el uso del condón ( $r_s = -.115, p < .05$ ) y el sexo seguro ( $r_s = -.101, p < .05$ ). Además, rol de género en las relaciones sexuales tuvo una asociación significativa con la conducta sexual segura ( $r_s = .176, p < .01$ ), el uso del condón ( $r_s = .145, p < .01$ ) y el sexo seguro ( $r_s = .158, p < .01$ ).

Así mismo, las creencias religiosas, se asociaron significativamente con la conducta sexual segura ( $r_s = .207, p < .01$ ), el uso del condón ( $r_s = .158, p < .01$ ) y el sexo seguro ( $r_s = .220, p < .01$ ). También, se observó en aprobación de la religión sobre el uso del condón, una asociación significativa con la conducta sexual segura ( $r_s = .195, p < .01$ ), el uso del condón ( $r_s = .167, p < .01$ ) y el sexo seguro ( $r_s = .198, p < .01$ ). La identidad étnica se asoció con la conducta sexual segura ( $r_s = .351, p < .01$ ), el uso del condón ( $r_s = .301, p < .01$ ) y el sexo seguro ( $r_s = .335, p < .01$ ) (Tabla 52).

Tabla 52

*Correlación de los factores afectivos, interpersonales y socioculturales con la variable resultado(continuación)*

Variable	CSS	UC	SS
Actitud hacia el uso del condón	.356**	.332**	.301**
Comunicación sexual con los padres	.238**	.220**	.207**
Aprobación de la pareja para usar condón	-.127**	-.109*	-.110*
Influencia de pares sobre la sexualidad	-.120*	-.115*	-.101*
Rol de género en las relaciones sexuales	.176**	.145**	.158**
Creencias religiosas	.207**	.158**	.220**
Aprobación de la religión sobre el UC	.195**	.167**	.198**
Identidad étnica	.351**	.301**	.335**

Nota: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; CSS = conducta sexual segura; UC = uso del condón; SS = sexo seguro

Se muestran los modelos de regresión lineal múltiple para la conducta sexual segura y sus sub-escalas: uso del condón y sexo seguro en los cuales las variables independientes de cada modelo correspondieron a los factores personales afectivos: actitud hacia el uso del condón; los factores ambientales interpersonales: comunicación sexual con los padres, aprobación de la pareja para usar condón, influencia de pares sobre la sexualidad; y los socioculturales: rol de género en las relaciones sexuales, creencias religiosas, aprobación de la religión sobre el uso del condón, identidad étnica y ocupación.

El modelo de regresión lineal múltiple (inicial) para la conducta sexual segura fue significativo ( $F_{[14,404]} = 10.41, p = .001$ ) y explica el 24.% de la varianza. De las variables que integran este modelo, la actitud hacia el uso del condón y la identidad étnica tuvieron un efecto moderado, la comunicación sexual con los padres un efecto pequeño y la aprobación de la religión sobre el uso del condón un efecto grande. De lo anterior se puede inferir que, a mayor actitud positiva sobre el uso del condón ( $\beta = .18, t = 4.97, p < .001$ ), a mayor identidad étnica ( $\beta = .19, t = 5.13, p < .001$ ) y a mayor comunicación sexual con los padres ( $\beta = .06, t = 2.35, p = .019$ ) mayor es la posibilidad de tener conductas sexuales seguras. En cambio, a mayor percepción de desacuerdo ( $\beta = -8.78, t = -3.15, p = .002$ ) y neutralidad de la aprobación de la religión sobre el uso del condón, menor es la posibilidad de tener conductas sexuales seguras ( $\beta = -4.24, t = -2.02, p = .044$ ) comparados con los que perciben total acuerdo (Tabla 53).

Tabla 53

*Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia la conducta sexual segura (Modelo inicial)*

VARIABLES	$\beta$	DE	t	p
Constante	46.89	6.56	7.15	.001
Actitud hacia el uso del condón	.18	.04	4.97	.001
Comunicación sexual con los padres	.06	.02	2.35	.019

*Nota: Variable dependiente = conducta sexual segura;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar*

continúa

Tabla 53

*Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia la conducta**sexual segura (Modelo inicial) (continuación)*

VARIABLES	$\beta$	DE	t	p
Aprobación de la pareja para usar condón	-.05	.03	-1.51	.131
Influencia de pares sobre la sexualidad	-.03	.03	-1.16	.247
Rol de género en las relaciones sexuales	.07	.05	1.47	.143
Creencias religiosas	.04	.04	1.10	.276
Aprobación de la religión sobre el uso del condón (En total acuerdo)				
En total desacuerdo	-2.78	2.92	-.95	.342
En desacuerdo	-8.78	2.79	-3.15	.002
Neutro	-4.24	2.09	-2.02	.044
De acuerdo	-4.38	2.22	-1.97	.050
Identidad étnica	.19	.04	5.13	.001
Ocupación (estudia)				
No estudia ni trabaja	-.06	4.29	-.01	.989
Trabaja	-.10	1.54	-.07	.947
Estudia y trabaja	2.09	1.69	1.24	.217

*Nota:* Variable dependiente = conducta sexual segura;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

Se presenta el modelo de regresión lineal múltiple (final) utilizando la técnica backward. Se generaron 10 modelos de los que se eliminaron las siguientes variables: ocupación (trabaja, estudia y trabaja, estudia); aprobación de la religión sobre el uso del condón, (totalmente en desacuerdo, de acuerdo y neutral); creencias religiosas, rol de género en las relaciones sexuales; e influencia de pares sobre la sexualidad.

El modelo de regresión para la variable conducta sexual segura fue significativo ( $F_{[5,413]} = 26.78, p < .001$ ) y explica el 23.6% de la varianza. Las variables actitud hacia el uso del condón e identidad étnica resultaron con un efecto moderado, la comunicación sexual con los padres y la aprobación de la pareja para usar condón tuvo un efecto pequeño. En cambio, el desacuerdo de la religión sobre el uso del condón un efecto grande y negativo hacia conducta sexual segura. Es decir, a mayor actitud positiva hacia el uso del condón ( $\beta = .20, t = 5.50, p < .001$ ), a mayor identidad étnica ( $\beta = .22,$

$t = 6.70, p < .001$ ), a mayor comunicación sexual con los padres ( $\beta = .06, t = 2.54, p = .011$ ) y a mayor aprobación de la pareja para usar condón ( $\beta = -.07, t = -2.32, p = .021$ ) mayor es la conducta sexual segura. Por otro lado, cuando los adolescentes perciben el desacuerdo de la religión sobre el uso del condón ( $\beta = -6.00, t = -2.78, p = .006$ ), tienen menor posibilidad de practicar una conducta sexual segura comparado con aquellos que perciben una opinión totalmente de acuerdo (Tabla 54).

Tabla 54

*Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia la conducta sexual segura (Modelo final-backward)*

VARIABLES	$\beta$	DE	t	p
Constante	49.44	3.31	14.92	.001
Actitud hacia el uso del condón	.20	.04	5.50	.001
Comunicación sexual con los padres	.06	.02	2.54	.011
Aprobación de la pareja para usar condón	-.07	.03	-2.32	.021
Aprobación de la religión sobre el uso del condón (En total acuerdo)				
En desacuerdo	-6.00	2.15	-2.78	.006
Identidad étnica	.22	.03	6.70	.001

*Nota:* Variable dependiente = conducta sexual segura;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

El modelo de regresión (inicial) para la variable uso del condón fue significativo ( $F_{[14,404]} = 7.50, p < .001$ ) y explica el 17.9% de la varianza. De las variables que integran este modelo, la actitud hacia el uso del condón y la identidad étnica tuvieron un efecto moderado, la comunicación sexual con los padres un efecto pequeño y la percepción de desacuerdo de la religión sobre el uso del condón un efecto grande y negativo. De esto se puede inferir que, a mayor actitud positiva sobre el uso del condón ( $\beta = .23, t = 4.86, p < .001$ ), a mayor identidad étnica ( $\beta = .20, t = 4.27, p < .001$ ) y a mayor comunicación sexual con los padres ( $\beta = .07, t = 2.31, p = .022$ ) mayor posibilidad de usar condón. En cambio, ante el desacuerdo de la religión sobre el uso del

condón, los adolescentes presentan menor posibilidad de usar condón comparado con los que perciben una opinión en total acuerdo (Tabla 55).

Tabla 55

*Factores personales afectivos, interpersonales y socioculturales hacia el uso del condón (Modelo inicial)*

Variables	$\beta$	DE	t	p
Constante	39.66	8.56	4.63	.001
Actitud hacia el uso del condón	.23	.05	4.86	.001
Comunicación sexual con los padres	.07	.03	2.31	.022
Aprobación de la pareja para usar condón	-.05	.04	-1.16	.248
Influencia de pares sobre la sexualidad	-.04	.04	-1.06	.289
Rol de género en las relaciones sexuales	.05	.07	.80	.426
Creencias religiosas	.02	.05	.47	.640
Aprobación de la religión sobre el uso del condón (En total acuerdo)				
En total desacuerdo	-2.81	3.81	-.74	.462
En desacuerdo	-8.69	3.64	-2.38	.018
Neutral	-4.15	2.73	-1.52	.130
De acuerdo	-4.01	2.90	-1.38	.167
Identidad étnica	.20	.05	4.27	.001
Ocupación (Estudia)				
No estudia ni trabaja	-.00	5.60	-.00	.999
Trabaja	-7.40	2.00	-.37	.713
Estudia y trabaja	1.20	2.21	.54	.588

*Nota: Variable dependiente = uso del condón;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar*

Se presenta el modelo de regresión lineal múltiple (final) con técnica backward. Se generaron 10 modelos de los que se eliminaron las siguientes variables: ocupación (trabaja, estudia y trabaja, estudia), creencias religiosas, rol de género en las relaciones sexuales, aprobación de la religión sobre el uso del condón (totalmente en desacuerdo, de acuerdo, neutral) e influencia de pares sobre la sexualidad.

El modelo de regresión para la variable uso del condón resultó significativo ( $F_{[5,413]} = 20.12, p < .001$ ) y explica el 18.6% de la varianza. Las variables actitud hacia el uso del condón e identidad étnica resultaron con un efecto moderado, y comunicación sexual con los padres un efecto débil, mientras que el desacuerdo de la religión sobre el

uso del condón un efecto grande sobre el uso del condón. Es decir, a mayor actitud positiva hacia el uso del condón ( $\beta = .25, t = 5.29, p < .001$ ), a mayor identidad étnica ( $\beta = .23, t = 5.39, p < .001$ ) y a mayor comunicación sexual con los padres ( $\beta = .08, t = 2.44, p = .015$ ) mayor es el uso del condón. En cambio, cuando se percibe una opinión de totalmente en desacuerdo de la religión sobre el uso del condón ( $\beta = -5.73, t = -2.05, p = .041$ ), los adolescentes tienen menor posibilidad de usar condón, comparados con los que perciben una opinión totalmente de acuerdo (Tabla 56).

Tabla 56

*Factores afectivos, interpersonales y socioculturales hacia el uso del condón*

*(Modelo final-backward)*

VARIABLES	$\beta$	DE	t	p
Constante	39.27	4.29	9.15	.001
Actitud hacia el uso del condón	.25	.05	5.29	.001
Comunicación sexual con los padres	.08	.03	2.44	.015
Aprobación de la religión sobre el uso del condón (En total acuerdo)				
Totalmente en desacuerdo	-5.73	2.79	-2.05	.041
Identidad étnica	39.23	.04	5.39	.001

*Nota: Variable dependiente = uso del condón;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar*

El modelo de regresión inicial para la variable sexo seguro fue significativo ( $F_{[14,404]} = 8.65, p < .001$ ) y explica el 20.3% de la varianza. De las variables que integran este modelo, la actitud hacia el uso del condón y la identidad étnica tuvieron un efecto moderado. Mientras que la aprobación de la religión sobre el uso del condón (en desacuerdo, neutral y de acuerdo) resultaron con un efecto grande y negativo. Es decir, a mayor actitud positiva hacia el uso del condón ( $\beta = .14, t = 3.84, p < .001$ ) y mayor identidad étnica ( $\beta = .17, t = 4.69, p < .001$ ) mayor es la probabilidad de practicar sexo seguro. Y a mayor percepción de en desacuerdo ( $\beta = -8.85, t = -3.12, p = .002$ ), neutral ( $\beta = -4.30, t = -2.02, p = .044$ ) y de acuerdo ( $\beta = -4.66, t = -2.06, p = .040$ ) de la religión

sobre el uso del condón, menor es la probabilidad de practicar sexo seguro comparados con los que perciben una opinión totalmente de acuerdo (Tabla 57).

Tabla 57

*Factores afectivos, interpersonales y socioculturales hacia el sexo seguro*

*(Modelo inicial)*

Variables	$\beta$	DE	t	p
Constante	52.52	6.68	7.86	.001
Actitud hacia el uso del condón	.14	.04	3.84	.001
Comunicación sexual con los padres	.05	.02	1.81	.071
Aprobación de la pareja para usar condón	-.05	.03	-1.49	.137
Influencia de pares sobre la sexualidad	-.03	.03	-.968	.334
Rol de género en las relaciones sexuales	.09	.05	1.76	.078
Creencias religiosas	.06	.04	1.44	.151
Aprobación de la religión sobre el uso del condón (En total acuerdo)				
En total desacuerdo	-2.76	2.97	-.93	.355
En desacuerdo	-8.85	2.84	-3.12	.002
Neutral	-4.30	2.13	-2.02	.044
De acuerdo	-4.66	2.26	-2.06	.040
Identidad étnica	.17	.04	4.69	.001
Ocupación (Estudia)				
No estudia ni trabaja	-.10	4.36	-.02	.981
Trabaja	.39	1.56	.25	.802
Estudia y trabaja	2.79	1.72	1.62	.106

*Nota: Variable dependiente = sexo seguro;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar*

Se presenta el modelo de regresión lineal múltiple (final) utilizando la técnica backward. Se generaron seis modelos de los que se eliminaron las siguientes variables: Ocupación (trabaja, estudia y trabaja), Aprobación de la religión sobre el uso del condón (totalmente en desacuerdo), influencia de pares sobre la sexualidad, aprobación de la pareja para usar condón.

El modelo de regresión lineal para la variable sexo seguro, fue significativo ( $F_{[9,409]} = 12.96, p < .001$ ) y explica el 20.5% de la varianza. Las variables actitud hacia el uso del condón, rol de género en las relaciones sexuales e identidad étnica resultaron con un efecto moderado y creencias religiosas un efecto pequeño, en cambio la

aprobación de la religión sobre el uso del condón (en desacuerdo) tuvieron un efecto grande sobre el sexo seguro. Es decir, a mayor actitud positiva hacia el uso del condón ( $\beta = .15, t = 4.07, p < .001$ ), a mayor equidad de género en las relaciones sexuales ( $\beta = .13, t = 3.00, p = .003$ ), y a mayor identidad étnica ( $\beta = .17, t = 4.71, p < .001$ ) mayor es la práctica de sexo seguro. En cambio, los adolescentes que perciben una opinión en desacuerdo de la religión sobre el uso del condón ( $\beta = -7.70, t = -2.99, p = .003$ ) tienen menor posibilidad de practicar sexo seguro comparados con aquellos que perciben una opinión en total desacuerdo (Tabla 58).

Tabla 58

*Factores afectivos, interpersonales y socioculturales hacia el sexo seguro*

*(Modelo final-backward)*

VARIABLES	$\beta$	DE	t	p
Constante	44.73	5.31	8.42	.001
Actitud hacia el uso del condón	.15	5.04	4.07	.001
Rol de género en las relaciones sexuales	.13	.04	3.00	.003
Aprobación de la religión sobre el uso del condón (En total desacuerdo)				
En desacuerdo	-7.70	2.57	-2.99	.003
Identidad étnica	.17	.04	4.71	.001

*Nota: Variable dependiente = sexo seguro;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar*

### **Factores personales cognitivos hacia la conducta sexual segura**

En el séptimo objetivo para determinar la influencia de los factores personales cognitivos: conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo, autoeficacia para el uso del condón, capacidad de negociar el uso del condón, e intención del uso del condón hacia la conducta sexual segura, el uso del condón y el sexo seguro. Se realizaron correlaciones de Spearman y regresiones lineales múltiples.

Se muestran relaciones significativas de las variables: conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo ( $r_s = .220, p < .01$ ), capacidad de negociar el uso del condón ( $r_s = .321, p < .01$ ), e intención del uso del condón ( $r_s = .291, p < .01$ ) con la conducta

sexual segura. Así mismo, relaciones significativas del conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo ( $r_s = .187, p < .01$ ), de la capacidad de negociar el uso del condón ( $r_s = .329, p < .01$ ) y de la intención del uso del condón ( $r_s = .227, p < .01$ ) con el uso del condón. Por último, relaciones significativas de conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo ( $r_s = .206, p < .01$ ), capacidad de negociar ( $r_s = .253, p < .01$ ) el uso del condón e intención del uso del condón ( $r_s = .254, p < .01$ ) con el sexo seguro (Tabla 59).

Tabla 59

*Correlación de los factores personales cognitivos con la variable resultado*

Variable	Conducta Sexual Segura	Uso del condón	Sexo seguro
Conocimiento de ITS, UC y embarazo	.220**	.187**	.206**
Autoeficacia para el uso del condón	-.024	.011	-.052
Capacidad de negociar el uso del condón	.321**	.329**	.253**
Intención del uso del condón	.291**	.227**	.254**

*Nota:* \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; UC = uso del condón

Se realizaron tres modelos de regresión lineal múltiple, en el cual se consideraron como variables independientes el conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo; autoeficacia para el uso del condón; capacidad de negociar el uso del condón e intención del uso del condón y como variables dependientes para cada modelo respectivamente la conducta sexual segura y sus dos subescalas sexo seguro y uso del condón.

El modelo de regresión para la variable conducta sexual segura resultó significativo ( $F_{[4,414]} = 18.87, p < .001$ ) y explica el 14.6% de la varianza. Las variables conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo; autoeficacia para el uso del condón; capacidad de negociar el uso del condón; e intención del uso del condón tuvieron un efecto moderado sobre la conducta sexual segura; lo cual significa, que a mayor conocimiento sobre ITS, uso del condón, y embarazo ( $\beta = .15, t = 3.70, p < .001$ ); a menor autoeficacia para el uso del condón ( $\beta = -.14, t = -3.86, p < .001$ ); a mayor capacidad de negociar el uso del condón ( $\beta = .21, t = 5.40, p < .001$ ); y a mayor

intención del uso del condón ( $\beta = .06$ ,  $t = 2.25$ ,  $p = .025$ ); mayor es la conducta sexual segura (Tabla 60).

Tabla 60

*Factores cognitivos hacia la conducta sexual segura*

	$\beta$	DE	t	p
Constante	55.67	3.60	15.47	.001
Conocimiento sobre ITS, UC y embarazo	.15	.04	3.70	.001
Autoeficacia para el uso del condón	-.14	.04	-3.86	.001
Capacidad de negociar el uso del condón	.21	.04	5.40	.001
Intención del uso del condón	.06	.03	2.25	.025

*Nota:* Variable dependiente = conducta sexual segura;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

El modelo de regresión para la variable uso del condón resultó significativo ( $F_{[4,414]} = 16.08$ ,  $p < .001$ ) y explica el 12.6% de la varianza. Las variables conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo, autoeficacia para el uso del condón, capacidad de negociar el uso del condón e intención del uso del condón, tuvieron un efecto moderado sobre el uso del condón. En otras palabras, a mayor conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo ( $\beta = .14$ ,  $t = 2.71$ ,  $p = .007$ ), a menor autoeficacia para el uso del condón ( $\beta = -.15$ ,  $t = -3.21$ ,  $p < .001$ ), a mayor capacidad de negociar el uso del condón ( $\beta = .28$ ,  $t = 5.50$ ,  $p < .001$ ) y a mayor intención del uso del condón ( $\beta = .07$ ,  $t = 2.09$ ,  $p = .037$ ) mayor es el uso del condón (Tabla 61).

Tabla 61

*Factores cognitivos hacia el uso del condón*

Variables	$\beta$	DE	t	p
Constante	46.52	4.57	10.17	.001
Conocimiento sobre ITS, UC y embarazo	.14	.05	2.71	.007
Autoeficacia en el uso del condón	-.15	.05	-3.21	.001
Capacidad de negociar el uso del condón	.28	.05	5.50	.001
Intención del uso del condón	.07	.03	2.09	.037

*Nota:* Variable dependiente = uso del condón;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

El modelo de regresión para sexo seguro fue significativo ( $F_{[4,414]} = 14.21$ ,  $p < .001$ ) y explica el 11.2% de la varianza. Las variables conocimiento sobre ITS, UC y embarazo; autoeficacia para el UC y capacidad de negociar el UC tuvieron un efecto moderado, es decir a mayor nivel de conocimiento ( $\beta = .16$ ,  $t = 3.85$ ,  $p < .001$ ), a menor percepción de autoeficacia ( $\beta = -.14$ ,  $t = -3.65$ ,  $p < .001$ ) y a mayor capacidad de negociar ( $\beta = .17$ ,  $t = 4.10$ ,  $p < .001$ ) mayor es la práctica de sexo seguro (Tabla 62).

Tabla 62

*Factores cognitivos hacia el sexo seguro*

Variables	B	DE	t	p
Constante	62.79	3.65	17.21	.001
Conocimiento sobre ITS, UC y embarazo	.16	.04	3.85	.001
Autoeficacia para el uso del condón	-.14	.04	-3.65	.001
Capacidad de negociar el uso del condón	.17	.04	4.10	.001
Intención del uso del condón	.05	.03	1.90	.058

*Nota: Variable dependiente = sexo seguro;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar*

### Comprobación del MOCSSAN

Para responder al objetivo general, que señaló determinar la relación de los factores personales biológicos, afectivos y cognitivos; ambientales interpersonales y socioculturales con la conducta sexual segura de adolescentes nahuas, se realizaron regresiones lineales múltiples en el cual se consideraron como variables independientes las correspondientes a cada factor y como variables dependientes la conducta sexual segura y sus dos subescalas sexo seguro y uso del condón.

El modelo de regresión inicial para conducta sexual segura fue significativo ( $F_{[21,394]} = 8.48$ ,  $p < .001$ ) y explica el 30% de la varianza. De las variables que integran este modelo la actitud hacia el uso del condón y la identidad étnica tuvieron un efecto positivo sobre la conducta sexual segura; mientras que la aprobación de la religión sobre el uso del condón (En desacuerdo) un efecto negativo. Esto quiere decir que a mayor actitud positiva hacia el uso del condón ( $\beta = .13$ ,  $t = 3.24$ ,  $p < .001$ ) y a mayor identidad

étnica ( $\beta = .12$ ,  $t = 2.45$ ,  $p = .015$ ) mayor es la probabilidad de practicar sexo seguro.

Mientras que los adolescentes que perciben un desacuerdo de su religión sobre el uso del condón tienen menor probabilidad de usar condón comparado con aquellos que perciben una opinión totalmente de acuerdo (Tabla 63).

Tabla 63

*Factores personales, interpersonales y socioculturales, sobre la conducta sexual segura*

*(Modelo inicial)*

Variables	$\beta$	SE	t	p
Constante	70.20	15.23	4.61	.001
Edad	-.21	.67	-.31	.759
Hombre	-2.40	1.71	-1.41	.161
Edad de la menarquia/espermaquia	-.53	.54	-.99	.322
Actitud hacia el uso del condón	.13	.04	3.24	.001
Comunicación sexual con los padres	.04	.02	1.84	.066
Aprobación de la pareja para usar condón	.01	.03	.25	.805
Influencia de pares sobre la sexualidad	-.02	.03	-.73	.463
Creencias religiosas	-.01	.04	.17	.868
Aprobación de la religión sobre el uso del condón (En total acuerdo)				
En total desacuerdo	-.36	2.85	-.13	.899
En desacuerdo	-6.16	2.80	-2.20	.029
De acuerdo	-2.80	2.16	-1.29	.197
Neutral	-1.81	2.07	-.87	.383
Identidad étnica	.12	.05	2.45	.015
Ocupación (No estudia, ni trabaja)				
Estudia	-1.23	4.16	-.30	.767
Trabaja	-1.20	4.24	-.28	.777
Estudia y trabaja	1.79	4.27	.42	.675
Conocimiento sobre ITS, UC, y embarazo	.07	.04	1.73	.085
Autoeficacia para el uso del condón	-.06	.04	-1.63	.105
Capacidad de negociar el uso del condón	.07	.04	1.84	.066
Intención del uso del condón	.01	.02	.62	.530

*Nota:* Variable dependiente = conducta sexual segura;  $\beta$  = coeficiente de regresión; SE = desviación estándar

Se presenta el modelo de regresión lineal múltiple (final) utilizando la técnica backward. Se generaron 11 modelos de los que se eliminaron las siguientes variables en su orden respectivo: creencias religiosas, aprobación de la pareja para el uso del condón,

edad, intención del uso del condón, rol de género en las relaciones sexuales, influencia de pares sobre la sexualidad, edad de la menarquia/espermaquia, ocupación, aprobación de la religión sobre el uso del condón, conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo y autoeficacia para el uso del condón.

El modelo de regresión para la variable conducta sexual segura fue significativo ( $F_{[4,413]} = 36.53, p < .001$ ) y explica el 29.8% de la varianza. De las variables que integran este modelo el sexo (masculino) tuvo un efecto grande, la actitud hacia el uso del condón y la identidad étnica tuvieron un efecto moderado, mientras que la capacidad de negociar el uso del condón tuvo un efecto pequeño sobre la conducta sexual segura. Esto quiere decir que pertenecer al sexo masculino, tiene menor probabilidad de tener una conducta sexual segura ( $\beta = -4.26, t = -3.27, p < .001$ ) en comparación con las mujeres. A mayor actitud positiva hacia el uso del condón ( $\beta = .13, t = 3.56, p < .001$ ), a mayor identidad étnica ( $\beta = .18, t = 5.81, p < .001$ ) y a mayor capacidad de negociar el uso del condón ( $\beta = .09, t = 2.65, p = .008$ ) mayor es la posibilidad de una conducta sexual segura (Tabla 64).

Tabla 64

*Factores personales, interpersonales y socioculturales sobre la conducta sexual segura (Modelo final-backward)*

VARIABLES	$\beta$	DE	t	p
Constante	58.86	3.82	15.39	.001
Sexo (masculino)	-4.26	1.30	-3.27	.001
Actitud hacia el uso del condón	.13	.04	3.56	.001
Identidad étnica	.18	.03	5.81	.001
Capacidad de negociar el uso del condón	.09	.03	2.65	.008

*Nota:* Variable dependiente = conducta sexual segura;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

El modelo de regresión inicial para la variable uso del condón fue significativo ( $F_{[21,394]} = 5.79, p < .001$ ) y explica el 21.6% de la varianza. De las variables incluidas en el modelo, la actitud hacia el uso del condón y la capacidad de negociar el uso del

condón tuvieron un efecto de moderado a pequeño sobre la conducta sexual segura. De lo anterior se puede inferir que, a mayor actitud positiva ( $\beta = .16, t = 3.06, p = .002$ ) hacia el uso del condón y a mayor capacidad de negociar ( $\beta = .13, t = 2.49, p = .013$ ) el uso del condón, mayor es la frecuencia de usarlo (Tabla 65).

Tabla 65

*Factores personales, interpersonales y socioculturales sobre el uso del condón*

*(Modelo inicial)*

Variables	$\beta$	DE	t	p
Constante	61.47	20.25	3.03	.003
Edad	-.19	-.90	-.21	.833
Hombre	-1.27	2.27	-.56	.576
Edad de la menarquia/espermaquia	-.88	.71	-1.23	.220
Actitud hacia el uso del condón	.16	.05	3.06	.002
Comunicación sexual con los padres	.06	.03	1.84	.066
Aprobación de la pareja para usar condón	.01	.04	3.30	.762
Influencia de pares sobre la sexualidad	-.04	.04	-.92	.360
Rol de género en las relaciones sexuales	-.04	.07	-.56	.578
Creencias religiosas	-.02	.05	-.30	.762
Aprobación de la religión sobre el uso del condón (Totalmente de acuerdo)				
Totalmente en desacuerdo	-.09	3.80	.02	.981
En desacuerdo	-5.22	3.73	-1.40	.162
Neutral	-1.25	2.75	-.45	.650
De acuerdo	-2.08	2.88	-.72	.470
Identidad étnica	.12	.06	1.90	.058
Ocupación (No estudia, ni trabaja)				
Estudia	-.99	5.53	-.18	.858
Trabaja	-1.60	5.64	-.28	.777
Estudia y trabaja	.95	5.64	.17	.867
Conocimiento sobre ITS, UC y embarazo	.06	.05	1.13	.257
Autoeficacia para el uso del condón	-.08	.05	-1.54	.123
Capacidad de negociar el uso del condón	.13	.05	2.49	.013
Intención para usar condón	.03	.03	.80	.422

*Nota:* Variable dependiente = uso del condón;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

Se presenta el modelo de regresión lineal múltiple (final) con técnica backward. Se generaron 11 modelos de los que se eliminaron las siguientes variables en su orden respectivo: creencias religiosas, ocupación, aprobación de la pareja para el uso del

condón, edad, aprobación de la religión sobre el uso del condón, sexo, rol de género en las relaciones sexuales, intención del uso del condón, conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo, y autoeficacia para el uso del condón.

El modelo de regresión para la variable uso del condón resultó significativo ( $F_{[4,413]} = 24.94, p < .001$ ) y explica el 22.3% de la varianza. De las variables que integran este modelo, la edad de la menarquia/espermaquia tuvo un efecto grande, la actitud hacia el uso del condón, la identidad étnica y la capacidad de negociar el uso del condón tuvieron un efecto moderado sobre el uso del condón. Esto quiere decir, que a menor edad de la menarquia/espermaquia ( $\beta = -1.21, t = -2.08, p = .038$ ), a mayor actitud hacia el uso del condón ( $\beta = .17, t = 3.57, p < .001$ ), a mayor identidad étnica ( $\beta = .21, t = 5.24, p < .001$ ) y a mayor capacidad de negociar el uso del condón ( $\beta = .13, t = 3.03, p = .003$ ), mayor es el uso del condón (Tabla 66).

Tabla 66

*Factores personales y ambientales sobre el uso del condón (Modelo final)*

VARIABLES	$\beta$	DE	t	p
Constante	58.02	8.68	6.68	.001
Edad de la menarquia/espermaquia	-1.21	.58	-2.08	.038
Actitud hacia el uso del condón	.17	.05	3.57	.001
Identidad étnica	.21	.07	5.24	.001
Capacidad de negociar el uso del condón	.13	.04	3.03	.003

*Nota:* Variable dependiente = uso del condón;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar

El modelo de regresión inicial para la variable sexo seguro, fue significativo ( $F_{[21,394]} = 7.30, p < .001$ ) y explica el 26.6% de la varianza. Las variables que integran este modelo son la actitud hacia el uso del condón y la identidad étnica tuvieron un efecto de moderado a pequeño sobre el sexo seguro. Mientras que la aprobación de la religión sobre el uso del condón (En desacuerdo) tuvo un efecto grande y negativo. Es decir, a mayor actitud positiva hacia el uso del condón mayor es la probabilidad de practicar sexo seguro ( $\beta = .10, t = 2.53, p = .012$ ), y mayor la identidad étnica ( $\beta = .11,$

$t = 2.34, p = .020$ ). Los adolescentes que perciben desacuerdo de la religión sobre el uso del condón ( $\beta = -6.89, t = -2.41, p = .016$ ) tienen menor probabilidad de practicar sexo seguro comparado con los que perciben una opinión totalmente de acuerdo (Tabla 67).

Tabla 67

*Factores personales y ambientales sobre el sexo seguro (Modelo inicial)*

Variables	$\beta$	DE	$t$	$p$
Constante	76.99	15.51	4.96	.001
Edad	-.22	.69	-.32	.748
Sexo (Hombre)	-3.28	1.74	-1.88	.060
Edad de la menarquia/espermaquia	-.26	.54	-.99	.322
Actitud hacia el uso del condón	76.10	.04	2.53	.012
Comunicación sexual con los padres	.03	.02	1.34	.180
Aprobación de la pareja para usar condón	.01	.03	.12	.902
Influencia de pares sobre la sexualidad	-.01	.03	-.35	.726
Rol de género en las relaciones sexuales	-.02	.05	-.36	.720
Creencias religiosas	.02	.04	.56	.550
Aprobación de la religión sobre el uso del condón (Totalmente de acuerdo)				
Totalmente en desacuerdo	-.71	2.91	-.24	.807
En desacuerdo	-6.89	2.86	-2.41	.016
Neutral	-2.24	2.11	-1.06	.288
De acuerdo	-3.35	2.20	-1.52	.129
Identidad étnica	.11	.05	2.34	.020
Ocupación (No estudia ni trabaja)				
Estudia	-1.42	4.24	-.34	.737
Trabaja	-.89	4.32	-.21	.836
Estudia y trabaja	2.44	4.35	.56	.575
Conocimiento sobre ITS, UC y embarazo	.07	.04	1.86	.063
Autoeficacia para el uso del condón	-.05	.04	-1.27	.206
Capacidad de negociar el uso del condón	.03	.04	.68	.496
Intención del uso del condón	.01	.02	.28	.779

*Nota: Variable dependiente = sexo seguro;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar*

Se presenta el modelo de regresión lineal múltiple (final) utilizando la técnica backward. Se generaron 13 modelos de los que se eliminaron las siguientes variables en su orden respectivo: aprobación de la pareja para el uso del condón, intención del uso del condón, edad, influencia de pares sobre la sexualidad, rol de género en las relaciones sexuales, edad de la menarquia/espermaquia, capacidad de negociar el uso del condón,

creencias religiosas, autoeficacia para el uso del condón, comunicación sexual con los padres, ocupación, aprobación de la religión sobre el uso del condón.

El modelo de regresión final para la variable sexo seguro resultó significativo ( $F_{[3,414]} = 38.09, p < .001$ ) y explica el 26.2% de la varianza. De las variables que integran este modelo el sexo masculino tuvo un efecto grande y negativo, la actitud hacia el uso del condón y la identidad étnica tuvieron un efecto moderado sobre el sexo seguro. De lo anterior se puede inferir que, los hombres se perciben con menor capacidad de practicar sexo seguro que las mujeres ( $\beta = -4.31, t = -3.24, p < .001$ ), a mayor actitud positiva hacia el uso del condón ( $\beta = .13, t = 3.59, p < .001$ ) y a mayor percepción de la identidad étnica ( $\beta = .18, t = 5.50, p < .001$ ) mayor es la probabilidad de practicar sexo seguro (Tabla 68).

Tabla 68

*Factores personales y ambientales sobre el sexo seguro (Modelo final)*

Variables	$\beta$	DE	t	p
Constante	70.83	3.65	19.41	.001
Sexo (masculino)	-4.31	1.33	-3.24	.001
Actitud hacia el uso del condón	.13	.03	3.59	.001
Identidad étnica	.18	.03	5.50	.001

*Nota: Variable dependiente = sexo seguro;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar*

Se presenta el esquema del MOCSSAN con la variable dependiente conducta sexual segura, se observa que de los factores personales biológicos: el sexo masculino, de los factores personales afectivos: la actitud hacia el uso del condón, de los factores personales cognitivos: la capacidad de negociar el uso del condón, y de los factores ambientales socioculturales: la identidad étnica tienen efecto sobre la conducta sexual segura (Figura 4).

Figura 4. Esquema final del MOCSSAN para la conducta sexual segura.

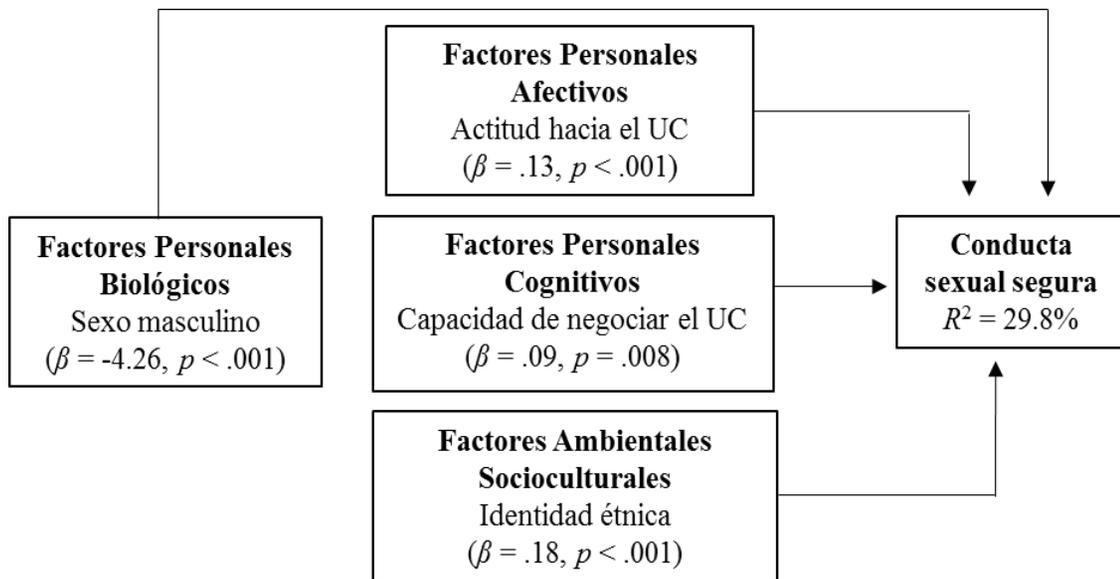


Figura 4. Se observa el efecto de las variables de los factores personales biológicos, afectivos, y cognitivos; y ambientales socioculturales sobre la conducta sexual segura.

Enseguida, se muestra el esquema del MOCSSAN con la variable dependiente uso del condón, se observa el efecto de los factores personales biológicos: edad de la menarquia/espermaquia, de los afectivos: actitud hacia el uso del condón y de los cognitivos: capacidad de negociar el uso del condón, así como de los factores ambientales socioculturales: identidad étnica sobre el uso del condón (Figura 5).

Figura 5. Esquema final del MOCSSAN para uso del condón.

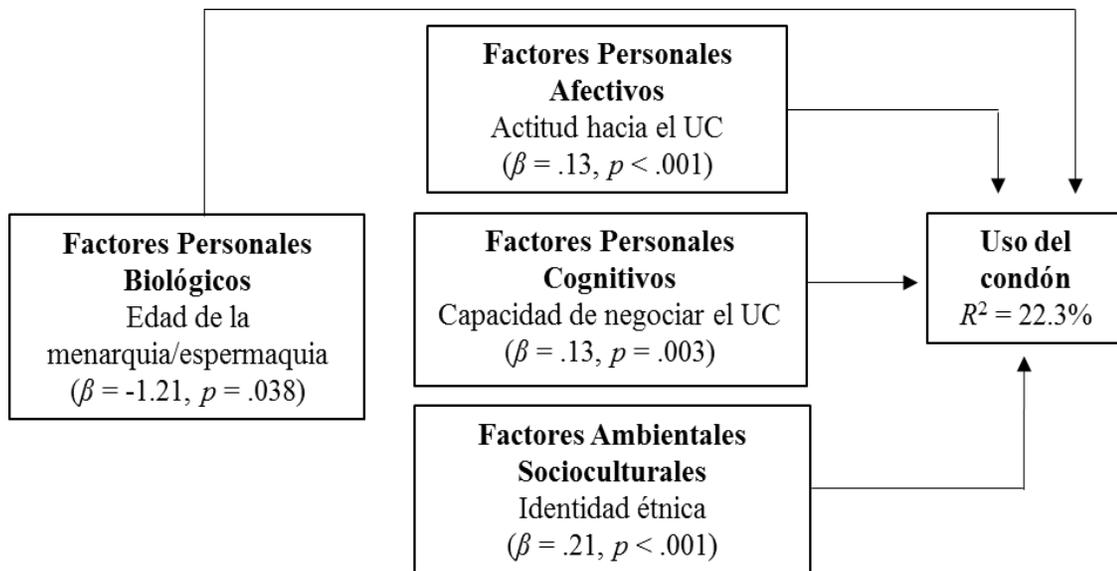


Figura 5. Señala el efecto de las variables de los factores personales biológicos, afectivos, y cognitivos; y ambientales socioculturales sobre el uso del condón.

Para concluir, se presenta el esquema del MOCSSAN con la variable dependiente uso del condón, se observa el efecto de los factores personales biológicos: sexo masculino, factores personales afectivos: actitud hacia el uso del condón, y los factores ambientales socioculturales: identidad étnica sobre el sexo seguro (Figura 6).

Figura 6. Esquema final del MOCSSAN para sexo seguro.

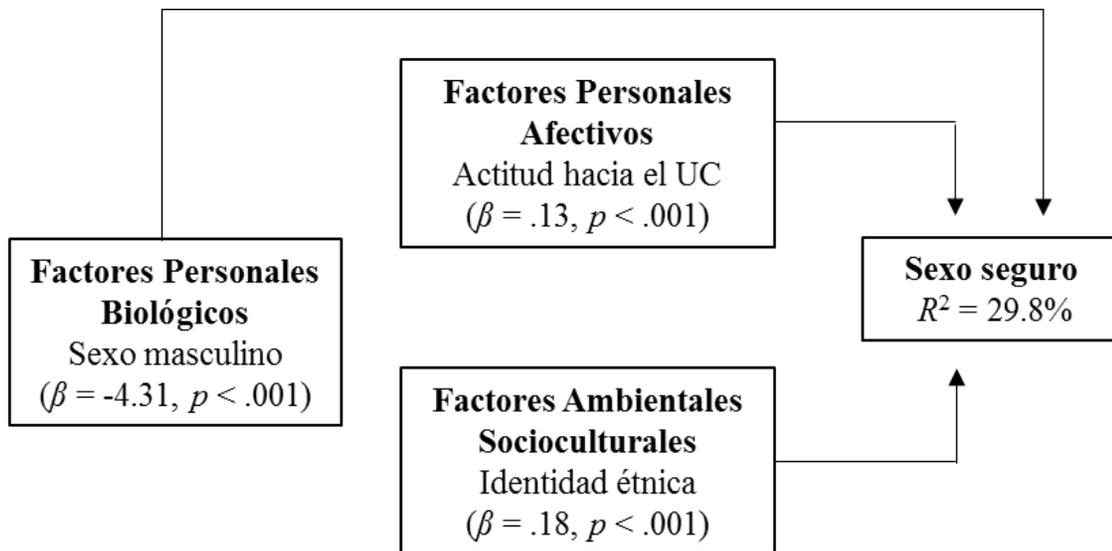


Figura 6. Se aprecia el resultado de la interacción entre los factores personales biológicos, afectivos, y los ambientales socioculturales sobre el sexo seguro.

## Capítulo IV

### Discusión

En el presente estudio se determinó la relación de los factores personales biológicos, afectivos y cognitivos; ambientales interpersonales y socioculturales con la conducta sexual segura de adolescentes nahuas. Se presenta la discusión de los resultados a partir de los factores señalados. Posteriormente, se presentan las conclusiones, las limitaciones y las recomendaciones con base en los hallazgos obtenidos en este estudio.

De los factores personales biológicos, se encontró que las mujeres adolescentes indígenas, reportan mayor uso del condón, evitan conductas de riesgo como tomar alcohol o drogas previo a las relaciones sexuales y evitan el contacto con secreciones sexuales en comparación con los hombres. Este resultado coincide con lo reportado por Olapegba, Idemudia y Onuoha (2013) quienes señalan que las adolescentes muestran mayor disposición a la conducta sexual responsable y al sexo seguro. Sin embargo, en el estudio de Bello, Palacio, Rodríguez y Oviedo (2013) encontraron que las mujeres tuvieron valores bajos para usar protección en la relación sexual.

Lo anterior, puede deberse a la mayor participación económica de las mujeres, lo cual favorece el acercamiento a los servicios de salud y a la información sobre métodos anticonceptivos donde se sitúan a las mujeres indígenas como un grupo prioritario para la atención de salud sexual y reproductiva, así como aquellas de municipios de marginación alta y muy alta y en zonas rurales (Allen et al. 2013). Asimismo, Uribe, Andrade, Zacarías y Betancourt (2013) encontraron que los hombres tienden a usar condón en mayor frecuencia mientras mayor sea su aceptación. Lo cual puede justificarse por la imagen socialmente construida, donde el varón con postura activa se posiciona frente a las mujeres pasivas, confirmando un estatus familiar o de pares y la idea de que el uso del condón interfiere en el placer sexual (Campero et al. 2013).

Se encontró que los adolescentes que han presentado su menarquia/espermaquia a mayor edad, tienden a un menor uso del condón, menor conducta sexual segura, y a practicar sexo seguro en menor frecuencia. Este hallazgo, es similar a lo reportado por Cheong et al. (2015) y Pires, Araujo, Pereira y Canavarro (2014) quienes encontraron que la edad de la menarquia fue un factor predisponente para el inicio de las relaciones sexuales, el sexo sin protección y el embarazo. Así mismo Leal, Stuardo, Molina y González (2015); y Sharma et al. (2015), señalaron que, aquellas adolescentes con menarquia temprana tienden a iniciar su vida sexual antes de los 15 años, y que las ITS están relacionadas con el inicio de la menarquia (O'Connor et al. 2014).

Lo anterior puede deberse al significado sociocultural que se da entre la población indígena, ya que la menarquia, significa que las chicas se hacen señoritas y en el caso de los varones se hacen hombres, lo cual, da la libertad de tener relaciones sexuales (OPS, 2010) y al estar esperando que llegue este momento se pueden sentir desesperados por experimentar esta libertad y lo hacen de manera irresponsable.

En relación a los factores personales afectivos, se encontró que los adolescentes que muestran mayor aceptación de los condones y que creen que no interfieren con el placer sexual, muestran mayor probabilidad de conductas sexuales seguras y de utilizar un condón de manera constante y correcta en la relación sexual. Este hallazgo coincide con el estudio de Teva, Bermúdez y Ramiro (2014) quienes encontraron que a mayor actitud positiva hacia el uso del preservativo mayor es la probabilidad de usarlo en la primera relación sexual vaginal, tanto en hombres como mujeres. Específicamente en varones, una actitud positiva hacia el uso del preservativo aumenta la probabilidad de uso en la primera relación sexual vaginal y anal. Mientras que a mayor satisfacción sexual de la pareja, mayor es la probabilidad del uso del preservativo en la primera relación sexual.

A diferencia de los estudios realizados por Nwozichi, OJewole y Farotimi (2016); García, Menéndez, Fernández y Cuesta (2012) y Masoda y Govender (2013),

quienes reportaron que los hombres están en desacuerdo que el uso adecuado del condón mejora el placer sexual, afirman que el aspecto sensorial de los condones es desagradable y además que el condón arruina el acto sexual natural; por su parte, la opinión de las mujeres es indecisa o no están seguras de opinar. Lo anterior puede deberse a que la actitud está determinada por la evaluación positiva o negativa que hace la persona acerca de las consecuencias de realizar un determinado comportamiento y constituye una tendencia aprendida para responder del mismo modo ante un objeto o situación. Mientras que la satisfacción sexual, es una respuesta afectiva que surge a partir de la evaluación subjetiva que hace el individuo acerca de las dimensiones positivas y negativas asociadas con su relación sexual, también considerada un derecho sexual del individuo y un componente clave de la sexualidad.

Respecto de los factores ambientales interpersonales, se encontró que los adolescente que reciben mayor información de los padres sobre la conducta sexual segura, el uso del condón, y el sexo seguro como protección a ITS y la prevención del embarazo, tienen mayor probabilidad de realizar conductas sexuales seguras, usar correcta y consistentemente el condón así como mayor práctica de sexo seguro ya sea su pareja estable u ocasional. Este resultado es similar a los hallazgos reportados por Harris, Sutherland y Hutchinson (2013), que identificaron mayor comunicación sexual con la mamá que con el papá y que la cercanía entre padres e hijos se correlacionó positivamente con la comunicación sexual y con una mayor autoeficacia en el uso de preservativo.

Es así que, a mayor comunicación sexual entre padres e hijos menor es la frecuencia de conductas sexuales de riesgo y mayores las intenciones y el uso de preservativos. En este mismo sentido Kao, Guthrie, Loveland y Howard (2012), encontraron que la comunicación percibida, se asoció con retrasar el debut sexual de los adolescentes, lo que muestra la comunicación del adolescente con sus padres. Similar a lo reportado en el estudio de Dimbuene (2014), sobre la percepción de los padres en

fomentar el conocimiento del VIH/SIDA en sus hijos adolescentes, con efectos positivos y significativos en el nivel de conocimiento de los adolescentes, lo señala el efecto potenciador sobre todo cuando se combina con el conocimiento de los padres para conducir a un comportamiento sexual seguro.

Lo anterior puede deberse a que una comunicación eficaz en el contexto familiar, es crucial para el bienestar del mismo; lo que hace menos probable que los adolescentes que experimentan afecto y cercanía en sus familias sean influenciados por su grupo de amistades y se involucren en conductas de riesgo. Los padres tienen una determinante influencia en la conducta sexual de sus hijos, pero muchos evaden hablar sobre temas sexuales. Generalmente en nuestro país, las madres se expresan más que los padres; además, es más probable que la madre recomiende a sus hijos que esperen para iniciar su vida sexual activa, congruente con Castillo, Álvarez, Valle y Hernández (2015) quienes afirman que ellas tienen mayor nivel de autoeficacia y menor número de barreras para hablar con sus hijos sobre tópicos sexuales en comparación con los padres. En contraste, en adolescentes Purépechas de Michoacán señalan que entre la familia no se habla de la sexualidad, incluso la menstruación es vista como un evento malo, así lo más frecuente para los jóvenes es enfrentar embarazos no planeados y a temprana edad (Rosales & Mino, 2012).

En México, el tema de la sexualidad generalmente lo aborda la madre en el caso de las hijas; y en los hijos, los padres, particularmente en retrasar el inicio de vida sexual. También, debido a que los adolescentes son un grupo vulnerable a conductas sexuales de riesgo, por los cambios físicos, psicológicos y sociales propios de la edad, es necesario fomentar las conductas sexuales seguras a través de la promoción y prevención de la salud, y una de las estrategias es la comunicación entre padres e hijos sobre temas de sexualidad; sin embargo, con frecuencia los padres tienen dificultad para hablar con ellos.

Se encontró que los adolescentes que se perciben con menor habilidad para expresar sus opiniones, sentimientos, creencias y respetar la opinión de la pareja sobre el uso o no del condón, por lo que, tienden a un menor uso del condón en cada práctica sexual y se exponen a prácticas sexuales de mayor riesgo para VIH/ SIDA. Este resultado, coincide con lo hallado por Staras, Livingston, Maldonado y Komro (2013), quienes señalaron que los adolescentes que perciben mayor influencia de la pareja sexual sobre el uso del preservativo cuando se perciben características de riesgo por parte de la pareja y tienden a disminuir la probabilidad de usar condón con parejas en contextos de bajo riesgo sexual.

Similar a lo reportado por Schmid et al. (2015) y Osorio et al. (2017) quienes reportan que las parejas con niveles moderados de comunicación lograron aprobar entre sí el uso del condón, así, una interacción positiva entre la pareja favorece el uso del condón y previene el VIH/SIDA sin amenazar la autonomía individual o la intimidad de la relación. Bandura, señala que la conducta abarca las acciones que el adolescente decide realizar ante situaciones donde los estímulos que recibe, tienen un papel muy importante, además del grado de coherencia entre el pensamiento, el sentimiento y las acciones, ya que influyen en la manera de conducirse al analizar la información disponible. Así también, las barreras de comunicación pueden ser mayores entre la pareja, especialmente cuando se observan riesgos en el contexto y que el adolescente percibe negativamente el uso del condón por parte de la pareja (Crosby, DiClemente, Wingood, Lang, & Harrington, 2003).

En relación a la influencia de pares sobre la sexualidad, se encontró, que los adolescentes que perciben mayor popularidad entre amigos o pares a partir del comportamiento sexual, el embarazo en la adolescencia o el número de parejas sexuales, tienden a un menor uso del condón en la relación sexual, generando una práctica sexual de mayor riesgo para VIH/SIDA. Este resultado es similar al del estudio realizado por Hanson et al. (2014), quienes señalaron que las relaciones sexuales generan en los

adolescentes sensación de popularidad y aceptación entre los compañeros, y que de resistirse serían objeto de burlas, a pesar de la información que puedan poseer sobre los riesgos.

Lo anterior puede deberse a que los adolescentes son más propensos a involucrarse en conductas de riesgo cuando perciben u observan esas conductas entre pares, cuando buscan lograr o mantener un estatus de (reputación) al interior del grupo o únicamente para presumir sobre el sexo durante la "charla entre amigos", lo cual genera una precepción de dominio hacia las mujeres (Brechwald & Prinstein, 2013).

Respecto de los factores ambientales socioculturales, se encontró que los adolescentes que muestran mayor actitud equitativa hacia la pareja en tareas domésticas y de la vida, en salud reproductiva y prevención de enfermedades, tienen mayor probabilidad de practicar conductas sexuales seguras y usar el condón, ya sea con su pareja estable u ocasional. Esto es congruente con el hallazgo de Mantell et al. (2009), quienes reportaron que los adolescentes indígenas hombres aceptan compartir los mismos derechos con la pareja, y sostienen que la mujer debe protegerse contra el embarazo y negarse a las relaciones sexuales sin protección como respeto a sí misma.

En cambio, Osorio et al. (2015), reportaron que los adolescentes indígenas reconocen que hay actividades para mujeres y que ellas deberían dedicarse a las labores domésticas. Lo que puede deberse a las ideas socialmente construidas sobre las normas de género vinculadas a la sexualidad y que deben desarrollar la capacidad de los jóvenes para adoptar comportamientos sexuales seguros como el uso del condón y a la existencia de un desequilibrio de poder de género que impide las conductas sexuales seguras, congruente con el hallazgo de Rosales y Mino (2012) entre adolescentes indígenas de Oaxaca .

En creencias religiosas, se encontró que los adolescentes que otorgan mayor importancia a las creencias religiosas, los rituales y la espiritualidad en la vida de las personas, tienen mayor probabilidad de realizar conductas sexuales seguras, usar el

condón y referir con mayor frecuencia prácticas de sexo seguro. Resultado similar al de Obeng et al. (2014), los adolescentes que siguen los principios de su religión tienen menor probabilidad de presentar comportamientos sexuales de riesgo en comparación con aquellos sin afiliación religiosa; en contraste, a lo identificado por Bermudez et al. (2014) los adolescentes sin afiliación religiosa presentan mejores actitudes positivas hacia el uso del preservativo.

Por otro lado, Cerqueira y Koller (2016) encontraron que la práctica religiosa regular se asoció con la iniciación sexual tardía y con el uso de algún método anticonceptivo, en cambio, Moreau, Trussell y Bajos (2013) señalaron que un alto grado de religiosidad determina menor uso de condón. Lo anterior puede deberse a que la mayoría de las religiones siguen códigos morales y sistemas de valores que deben ser observados por sus profesantes, a la importancia de la religión en la vida de las personas y en la sociedad o a que los grupos protestantes comienzan a aceptar el derecho de la mujer a seguir su propia conciencia en sus decisiones con respecto a su fecundidad (Gold et al., 2010).

En identidad étnica, se encontró que los adolescentes que expresaron mayor sentimiento de apego hacia su grupo étnico mediante actividades de exploración y aprendizaje tuvieron mayor interés por conductas sexuales seguras como el uso del condón. Este resultado es congruente con lo reportado por Homma et al. (2015), quienes identificaron que los adolescentes que muestran mayor compromiso con el grupo étnico tienen menor probabilidad de tener relaciones sexuales. Por su parte Mindy et al. (2014), encontraron que la identidad étnica es un factor protector para el sexo seguro, menor número de parejas sexuales y para posponer la primera relación sexual; en contraste con Voisin et al. (2013), reportaron que a mayor identidad étnica, las adolescentes son más propensas a presentar ITS. Esto confirma que la percepción social y psicológica hacia el grupo étnico, puede promover el desarrollo saludable y proteger a los adolescentes de la exposición al riesgo sexual (Townsend, Thomas, Neilands, & Jackson, 2010).

Para los factores personales cognitivos, se encontró que los adolescentes con mayor información sobre el uso y manejo del condón, la prevención del embarazo, las señales de las ITS así como sus vías de transmisión y prevención, tienen mayor probabilidad de realizar conductas sexuales seguras como el uso correcto y consistente del condón en las relaciones sexuales, así como la práctica de sexo seguro ya sea con pareja estable u ocasional. Este resultado es similar a lo reportado por Robles et al. (2014), quienes obtuvieron una correlación positiva entre el conocimiento sobre el uso del condón con la habilidad para usarlo, que a su vez, se correlacionó negativamente con las fallas del uso del preservativo pero no con la frecuencia de su uso. Es decir, los jóvenes que tienen mejores conocimientos del uso del preservativo, muestran mejor habilidad para colocar y retirar un preservativo y son los que menos fallas cometen al usarlo, por lo tanto, lo usan con mayor frecuencia.

Por otro lado, Rengifo, Córdoba y Serrano (2012) encontraron que los adolescentes con alto nivel de conocimiento también presentaron inicio sexual temprano con mayor probabilidad de usar condón o anticonceptivos. Calvillo y Rodríguez (2014) identificaron un enfoque incorrecto sobre la sexualidad, las vías de transmisión de ITS y el riesgo de la relación sexual sin protección en adolescentes indígenas, contrario a lo encontrado en el presente estudio. Aquí podemos confirmar que el conocimiento por sí solo no es suficiente para que los adolescentes practiquen conductas sexuales saludables.

En autoeficacia para el uso del condón, se encontró que a mayor habilidad percibida del adolescente para poder dialogar o proponer el uso del condón en la práctica sexual, mayor es la frecuencia de conductas sexuales seguras. Este resultado es similar a lo reportado por Exavery et al. (2012), quienes en su estudio con mujeres rurales señalan que la confianza para negociar el uso del condón con la pareja es un predictor importante del uso del condón, lo que implica que las mujeres que carecen de confianza para negociar el uso del condón con sus parejas sexuales están expuestas a relaciones sexuales sin protección, lo que aumenta el riesgo de contraer ITS y son más vulnerables

a los resultados adversos en su salud sexual y reproductiva. Por su parte, Robles et al. (2011), encontraron un resultado similar en dónde la capacidad percibida por el adolescente para expresar sus argumentos a la pareja y para convencerla de usar condón, así como escuchar los argumentos de su pareja para no usarlo y convencerla finalmente de emplearlo, está asociado al uso consistente del condón. Otro factor que no fue analizado en el presente estudio podría ser lo reportado por Deardorff, et al. (2013), quienes señalan que la comodidad en la comunicación sexual se asocia positivamente con el uso del condón.

Lo anterior puede deberse a la capacidad del ser humano de anticipar las consecuencias de sus acciones y establecer metas que le guían, ya que un evento deseable motiva al ser humano a realizar lo que interesa. Esta capacidad se relaciona con el proceso de socialización (pareja) y permite a ambos constituirse como personas y como miembros de un grupo. A través de este proceso de socialización, se internalizan las demandas y las sanciones interpersonales que dan dirección al comportamiento, ya sea en pareja o en la sociedad que finalmente le permite conocerse, conocer el mundo, evaluarse y de ser necesario, cambiar su comportamiento (Bandura, 1986; Noboa & Serrano, 2006).

En intención del uso del condón, se encontró que a mayor percepción de la probabilidad del uso del condón en los siguientes 3 meses, si el adolescente tuviera relaciones sexuales, mayor frecuencia de conductas sexuales seguras. Este resultado es similar al estudio realizado por Asare (2015), donde desde la teoría de la conducta planeada, indicó que la intención conductual en los jóvenes tiene una fuerte relación con el comportamiento de uso del condón, es decir el uso constante y correcto del condón puede ayudar a reducir la propagación de las ITS entre las personas sexualmente activas, incluidos los más jóvenes. Este resultado coincide con Dick et al. (2014), quienes analizaron los factores asociados con la intención de uso del condón y la prevención de ITS en jóvenes indígenas, la duración de la relación, el tipo de relación y el control del

uso del condón se asociaron significativamente con la intención del uso del condón, lo cual señala que estar en una relación informal se asoció con una mayor probabilidad de usar condones. En contraste, Eggers et al. (2016) bajo el enfoque socio cognitivo encontraron que las actitudes, las normas subjetivas y la auto-eficacia del adolescente ayudan a explicar las intenciones del uso del condón, así mismo, Kalolo y Kibusi (2015) encontraron que las actitudes positivas hacia el condón en adolescentes rurales predicen la intención de usar condón, lo que demuestra su importancia en la decisión de usarlo.

Lo anterior puede deberse a que las intenciones conductuales indican qué tan dispuestos están a intentar las personas y cuánto esfuerzo planean ejercer hacia la realización de un determinado comportamiento, y que el comportamiento sexual de los adolescentes depende de múltiples factores que actúan a nivel individual, como el conocimiento y las actitudes o los que resultan como consecuencia del contacto con el medio ambiente como el acceso y la disponibilidad de condones. Así mismo, la importancia de los aspectos socio cognitivos en la toma de decisiones para adoptar un comportamiento sexual seguro, mientras que los factores ambientales respaldan la ejecución de la decisión.

Por último, en relación a la conducta sexual segura la cual integró el uso del condón y el sexo seguro. Se encontró, que los adolescentes indígenas hombres tienen menor posibilidad de usar el condón, evitar conductas de riesgo como tomar alcohol o drogarse previo a las relaciones sexuales y evitar el contacto con secreciones. Respecto a este resultado, Girma, Assefa y Tushunie (2004), realizaron una investigación con el modelo de creencias en salud como marco para conocer los determinantes del uso del condón entre adolescentes. Encontraron que la influencia de los amigos está asociada con la intención de usar el condón y es un predictor de la intención del uso del condón en hombres.

La investigación también ha demostrado que el modelo de habilidades de comportamiento-información ha generado un aumento de la conducta preventiva del

VIH entre adolescentes. En este mismo sentido, Ybarra, Korchmaros, Prescott y Birungi (2015), examinaron el impacto del modelo para predecir el uso del condón entre adolescentes sexualmente activos y reportaron que las habilidades conductuales con respecto a llevar y usar condones predijeron positivamente su uso. A medida que aumentaron las habilidades de comportamiento, aumentó el uso del condón, la intención del uso del condón y la conversación con el compañero sobre sexo seguro.

Espada, Morales, Guillén, Ballester y Orgilés (2016), emplearon tres modelos sociocognitivos (modelo social cognitivo; teoría de la conducta planeada [TPB] y habilidades de información-motivación-conductual [IMB]) para conocer la efectividad de dos programas sobre la promoción de la salud sexual en adolescentes. Encontraron que desde la TSC el conocimiento sobre el uso del condón, y la autoeficacia del uso del condón, predijeron directamente la frecuencia del uso del condón. Mientras que desde la TPB, la intención del uso del condón, fue el mejor predictor del uso, y por último, la intención de uso del condón fue predicha por las actitudes hacia el uso del condón y las normas subjetivas relacionadas con el uso del condón. En general, para este estudio los predictores directos para el uso del condón en adolescentes, incluyeron la intención de uso del condón, las habilidades conductuales y los factores cognitivos, como el conocimiento de las ITS y la autoeficacia para el uso del condón.

También, la literatura refiere, que durante la adolescencia los procesos cognitivos se modifican significativamente, y en conjunto con los cambios psicológicos y la menarquía, son factores importantes que afectan el comportamiento de los adolescentes, de esta manera se sienten motivados a involucrarse en comportamientos sexuales de riesgo como es la necesidad de pertenecer a un grupo, el deseo, la pasión y la curiosidad, así como la necesidad de desarrollar una identidad personal. Lo anterior, coincide con los resultados del presente modelo que involucra factores personales, ambientales y socioculturales para la conducta sexual segura, el uso del condón y practicas sexuales

seguras como evitar tomar alcohol o drogarse previo a las relaciones sexuales y evitar tener contacto con secreciones.

Asimismo, es importante destacar a utilidad de la TCS y el concepto de Leininger para explicar la conducta sexual segura de los adolescentes nahuas, debido al enfoque tradicional de las investigaciones con adolescentes, las cuales omiten aspectos culturales y como lo señala Leininger, son inseparables de la persona. Es el caso de Ballinas, Evangelista, Nazar, y Salvatierra (2015) que en jóvenes indígenas de Chiapas, encontró que la vida sexual está estrechamente relacionada con la vida matrimonial. La mayoría de los jóvenes indígenas tienen su primera relación sexual en la adolescencia y es común entender que es el paso de la juventud a la vida adulta. En este sentido, no es de sorprender que de la primera relación sexual, se dé un embarazo temprano y que limite la educación de la madre, pues debe asumir el rol de su maternidad.

### **Limitaciones**

Este apartado expone las limitaciones observadas en el desarrollo de la investigación. En el aspecto metodológico, el diseño transversal no permite identificar causalidad. Así mismo, el análisis estadístico empleado únicamente se limitó a las relaciones propuestas por los objetivos, de considerar la cantidad de variables otras técnicas estadísticas pueden brindar mayor información sobre las asociaciones de las variables. Faltó considerar la edad del inicio sexual de los participantes. Debido al número de instrumentos empleados, la temática sensible de la sexualidad y la manera de contestar, es decir, de forma dirigida por la investigadora, es posible que algunos participantes no hayan sido totalmente honestos con sus respuestas.

Respecto a los resultados, la información se obtuvo en una sola comunidad del estado de Puebla, por lo que no se pueden generalizar los resultados hasta probarse en otras comunidades, en otros grupos indígenas e incluso en otros estados de la república con presencia de grupos indígenas.

La mediación desde los valores culturales hasta el uso del condón estuvo más allá del alcance de la investigación actual.

### **Conclusiones**

Los adolescentes que participaron en este estudio iniciaron su vida sexual en esta etapa de su vida. También se encontró que el sexo masculino, y la edad de la menarquía/espermaquia tuvieron un efecto en la conducta sexual segura, el uso del condón y el sexo seguro.

El estudio también demostró la asociación del sexo masculino con la edad de la menarquía/espermaquia con el conocimiento de ITS, uso del condón y embarazo, la autoeficacia en el uso del condón, la capacidad de negociar el uso del condón y la intención del uso del condón

La edad, el sexo, y la edad de la menarquía/espermaquia tuvieron efecto en la actitud hacia el uso del condón; en la comunicación sexual con los padres, en la aprobación de la pareja para usar condón, e influencia de pares sobre la sexualidad; así como en el rol de género en las relaciones sexuales, las creencias religiosas, la aprobación de la religión sobre el uso del condón y la identidad étnica.

La actitud hacia el uso del condón, se relacionó con la comunicación sexual con los padres, con la aprobación de la pareja para usar condón, e influencia de pares sobre la sexualidad; y también con el rol de género en las relaciones sexuales, las creencias religiosas, la aprobación de la religión sobre el uso del condón y la identidad étnica.

La actitud hacia el uso del condón, la comunicación sexual con los padres, la aprobación de la pareja para usar condón, la influencia de pares sobre la sexualidad; el rol de género en las relaciones sexuales, las creencias religiosas, la aprobación de la religión sobre el uso del condón, y la identidad étnica; se asociaron con los conocimientos de ITS, uso del condón y embarazo, la autoeficacia para el uso del condón, la capacidad de negociar el uso del condón, y la intención del uso del condón.

La actitud sobre el uso del condón, la comunicación sexual con los padres, la aprobación de la pareja para usar condón, la influencia de pares sobre la sexualidad; el rol de género en las relaciones sexuales, las creencias religiosas, la aprobación de la religión sobre el uso del condón, y la identidad étnica; se asociaron con la conducta sexual segura, el uso del condón y el sexo seguro.

El conocimiento sobre ITS, uso del condón y embarazo, la autoeficacia para el uso del condón, la capacidad de negociar el uso del condón, y la intención del uso del condón tuvieron influencia en la conducta sexual segura, el uso del condón y el sexo seguro.

Se logró determinar la relación de las variables del MOCSSAN mediante tres modelos. El primero, señaló que el sexo masculino, la actitud hacia el uso del condón, la identidad étnica y la capacidad de negociar el uso del condón, tuvieron efecto predictivo en la conducta sexual segura. El segundo modelo, demostró que edad de la menarquia/espermaquia, actitud hacia el uso del condón, identidad étnica y capacidad de negociar el uso del condón determinan la práctica del uso del condón. Y en el tercer modelo, el sexo masculino, la actitud hacia el uso del condón y la identidad étnica, tuvieron un efecto sobre la variable sexo seguro. Estos resultados, mostraron las variables predictoras para la conducta sexual segura, el uso del condón y el sexo seguro.

### **Recomendaciones**

De acuerdo a los objetivos propuestos y resultados logrados, se recomienda continuar con la investigación en adolescentes nahuas, debido a la escasez de investigaciones científicas desde el enfoque de enfermería.

Considerar un abordaje cualitativo o mixto, y enriquecer desde diferentes áreas de conocimiento como la sociología, la antropología, la psicología, etc., a fin de obtener datos más completos sobre la conducta sexual segura, el uso del condón y el sexo seguro.

Ampliar el análisis estadístico, como análisis de sendero a partir de las variables que resultaron predictivas en el modelo, lo cual puede generar una solidez en la interacción de los conceptos propuestos y servir como referente a futuras investigaciones.

Así también, para futuros estudios se recomienda realizar investigaciones enfocadas a ITS debido a que en el presente estudio la variable de conocimiento no resultó predictiva como la literatura lo señala.

Finalmente, socializar los resultados de la presente investigación con profesionales de la salud, investigadores expertos y autoridades de la comunidad, para sensibilizarlos en la prevención de conductas de riesgo sexual en los adolescentes.

Es necesario que los resultados de la investigación científica en el tema de la conducta sexual sirvan de base para generar más evidencias que ayuden a desarrollar intervenciones en beneficio de los adolescentes indígenas tomando en cuenta su contexto sociocultural, necesidades y características de cada población. Asimismo, estos resultados pueden contribuir a modificar o generar propuestas de políticas para mejorar la salud de los adolescentes. La aplicación de la evidencia científica debe ser en la prevención primaria y secundaria, para prevenir las conductas sexuales de riesgo en adolescentes y reducir gastos cuantiosos al sistema de salud, a los mismos adolescentes e incluso a sus familias.

## Referencias

- Abosetugn, A. E., Zergaw, A., Tadesse, H., & Addisu, Y. (2015) Correlations between risky sexual behavior and parental communication among youth in Dilla Town, South Ethiopia. *Biology & Medicine (Aligarh)* 7: 253.  
Doi: 10.4172/0974-8369.1000253
- Alan Guttmacher Institute. (2015). Meeting the sexual and reproductive health needs of adolescents in school-based health centers. Recuperado de:  
[https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article\\_files/gpr1802115.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/gpr1802115.pdf)
- Alfaro, G. M., Vázquez, F. M., Fierro, U. A., Muñoz, M. M., Rodríguez, M. L., & González, H. C. (2015). Hábitos sexuales en los adolescentes de 13 a 18 años. *Pediatría Atención Primaria*, 17(67), 217-225.  
<https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322015000400003>
- Allen, L. B., Villalobos, H. A., Hernández, S. M., Suárez, L., De la Vara, E., Castro, F., & Schiavon, E. (2013). Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Pública de México*, 55(2), S235-S240.
- Álvarez, B. L., García, C. X., Gotsens, M., Pérez, A., & Pérez, G. (2015). Trends in inequalities in the use of condom by urban teenagers in Spain. *Journal of Urban Health*, 92(69), 1065-1080. Doi: 10.1007/s11524-015-9985-9
- Asare, M. (2015). Using the theory of planned behavior to determine the condom use behavior among college students. *American Journal of Health Studies*, 30(1), 43-50.
- Aurpibul, L., Tangmunkongvorakul, A., Musumari, P. M., Srithanaviboonchai, K., & Tarnkehard, S. (2016). Patterns of sexual behavior in Lowland Thai youth and ethnic minorities attending high school in rural Chiang Mai, Thailand. *PLoS ONE*, 11(12), 1-18. Doi:10.1371/journal.pone.0165866

- Avert (2016). HIV and AIDS in Latin America regional overview. Retrieved from <http://www.avert.org/professionals/hiv-aroundworld/latin-america/overview>.  
<https://doi.org/10.3386/w13931>
- Bacote, C. J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *Journal of Transcultural Nursing, 13*(3), 181-184.  
<https://doi.org/10.1177/10459602013003003>
- Bhana, A., Zimmerman, R., & Cupp, P. (2008) Gender role attitudes and sexual risk among adolescents in South Africa. *Interdisciplinary Journal for Research, Policy and Care, 3*(2), 112-119. Doi: 10.1080/ 17450120701867546
- Ballester, R., Gil, L. M. D., Ruiz, P. E., & Giménez, G. C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del SIDA: la influencia del género. *Anales de Psicología, 29*(1), 76-82. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.124601>
- Ballinas U. Y., Evangelista, G. A., Nazar, B. A., & Salvatierra, I. B. (2015). Condiciones sociales y comportamientos sexuales de jóvenes en Chiapas. *Papeles de Población, 21*(83), 253-286.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought & action: *A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (2001) Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review Psychology, 52*, 1-26.
- Bandura, A. (2002). Selective moral disengagement in the exercise of moral agency. *Journal of Moral Education, 31*, 101-119.
- Bello, V. A. M., Palacio, J., Rodríguez, D. M., & Oviedo, T. O. (2013). Medición de la intención en la actividad sexual en adolescentes. *Terapia psicológica, 31*(3), 343-353.
- Bermúdez, M. P., Teva, I., Buela, C. G., & Ramiro, M. T., (2014). Creencias religiosas y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes Peruanos. *Revista Mexicana de Psicología, Enero*, 41-49.

- Bernkopfová, M. (2014). La identidad cultural de los Nahuas de la Sierra Nororiental de Puebla. *Iberoamericana Pragensia*. Supplementum 34. Pag. 12.
- Brafford, M. A., & Beck, K. H. (1991). Development and validation of a condom self-efficacy scale for college students. *Journal of American College Health*, 39(5), 219-225.
- Brechwald, W. A. & Prinstein, M. J. (2013). Beyond homophily: a decade of advances in understanding peer influence processes. *Journal of Research on Adolescence*, 21, 166-179. Doi:10.1111/j.1532-7795.2010.00721.x
- Caballero, H. R., Villaseñor, S. A., Millán, G. R., Trujillo, H. B., & Monárrez, E. J. (2013). Sexual risk behavior and type of sexual partners in transnational indigenous migrant workers. *Aids and behavior*, 17(5), 1895-1905.
- Calvillo, P. C. R., & Rodríguez, C. A. (2014). Conocimientos y comportamientos en salud sexual de estudiantes indígenas guatemaltecos residentes en una comunidad rural. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(4), 467-480.
- Campbell, B.C., Prossinger, H. & Mbzivo, M. (2005). Timing of pubertal maturation and the onset of sexual behavior among Zimbabwe school boys. *Archives of Sexual Behavior*, 34(5), 505-516. <https://doi.org/10.1007/s10508-005-6276-7>
- Campero, C. L. Atienzo, E. E., Suárez, L. L., Hernández, P. B., & Villalobos, V. A. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica de México*. 149, 299-307.
- Castillo, A. L. C., Álvarez, A. A., Valle, S. M. O., & Hernández, R. V. M. (2015). Autoeficacia de padres para hablar con sus hijos acerca de sexo. *Ciencia UANL* 18(73), 44-50.
- Castillo, M. J. A. (2008). El cuidado cultural de enfermería. Necesidad y relevancia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(3) Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2008000300003&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300003&lng=es&tlng=es).

- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA [CENSIDA] (2015).  
Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México registro nacional de  
casos de SIDA. Recuperado de:  
[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN\\_Cierre\\_2015.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_Cierre_2015.pdf)
- Cerqueira, S. E., & Koller, S. (2016). Sexual risk-taking behavior: The role of religiosity  
among poor Brazilian youth. *Universitas Psychologica, 15*(4).  
<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-4.srbr>
- Chavez, M. L., & Canino, G. (2005). Toolkit on translating and adapting instruments.  
22-25.
- Cheong, J. I., Lee, Ch. H., Park, J. H., Ye, B. J., Kwon, K. A., Lee, Y. S., & Yoo, J. H.  
(2015). The effect of early menarche on the sexual behaviors. *Annals of Pediatric  
Endocrinology & Metabolism, 20*(3),130-135.  
<https://doi.org/10.6065/apem.2015.20.3.130>
- Cohen, J. (1998). Statistical power analysis for the behavioral Sciences. Second edition.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2013). La epidemia del VIH/  
SIDA en américa latina y el caribe. Recuperado de:  
[http://www.cepal.org/rio20/noticias/paginas/6/43766/2013-272Rev.1\\_Desarrollo\\_sostenible\\_en\\_America\\_Latina\\_y\\_el\\_Caribe\\_WEB.pdf](http://www.cepal.org/rio20/noticias/paginas/6/43766/2013-272Rev.1_Desarrollo_sostenible_en_America_Latina_y_el_Caribe_WEB.pdf)
- Consejo Nacional de Población. (2015). Estrategia Nacional de Prevención del  
Embarazo en Adolescentes. Recuperado de:  
[http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2441/1/images/EN\\_APEA\\_V10.pdf](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2441/1/images/EN_APEA_V10.pdf)
- Correa, R. F., García, B. L. F., & Saldívar, G. A. (2013). Estereotipo de paternidad e  
identidad de género en adolescentes de la ciudad de México. *Revista  
Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología, 6*(1), 41-50.
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Lang, D., & Harrington, K. F.  
(2003). Value of consistent condom use: a study of sexually transmitted disease

- prevention among African American adolescent females. *American Journal of Public Health*, 93(6), 901-902.
- Deardorff, J., Tschann, M. J., Flores, E., de Groat, L.C., Steinberg, R. J., & Ozer, J. E. (2013). Latino youths' sexual values and condom negotiation strategies. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(4), 182–190.  
<http://doi.org/10.1363/4518213>
- Decat, P., De Meyer, S., Jaruseviciene, L., Orozco, M. Ibarra, M., Segura, Z., ...Degomme, O. (2015). Sexual onset and contraceptive use among adolescents from poor neighborhood's in Managua, Nicaragua. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 20(2), 88-100.  
<http://dx.doi.org/10.3109/13625187.2014.955846>
- Dewar, D. L., Plotnikoff, R. C., Morgan, P. J., Okely, A. D., Costigan, S. A., & Lubans, D. R. (2013). Testing social-cognitive theory to explain physical activity change in adolescent girls from low-income communities. *Research Quarterly For Exercise And Sport*, 84(4), 483-491. Doi.org/10.1080/02701367.2013.842454
- Diagnóstico de salud. (2015). Centro de Salud Rural Disperso, Las Lomas Zacapoaxtla.
- Dick, R., Rink, E., & Fourstar, K. (2014). The role of relationship and other factors associated with condom use intention among young Native American. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, 7(6), 72-89.
- Dilorio, C., Parsons, M., Lehr, S., Adame, D., & Carlone, J. (1992). Measurement of safe sex behavior in adolescents and young adults. *Nursing Research*, 41(4), 203-208.
- Dimbuene., Z. T. (2014). Families' response to AIDS: new insights into parental roles in fostering HIV/AIDS knowledge. *Journal of Biosocial Science*, 47(6), 762-779.  
 Doi:10.1017/S0021932014000406
- Drezin, J., Torres M. A., & Kieran, D. (2007). Barreras que impiden el acceso a los condones. Recuperado de:

<https://www.yumpu.com/es/document/view/38086514/barreras-que-impiden-el-acceso-a-los-condones-icaso>

- Duru, C. B., Nnebue, C. C., Uwakwe, K. A., Obi-Okaro A.C., Diwe, K.C., Chineke, H., & Abejega, C. (2015). Sexual behaviours and contraceptive use among female secondary school adolescents in a rural town in South-south Nigeria. *Nigerian Journal of Medicine*, 24(1), 17-27.
- East, L., Jackson, D., O'Brien, L. & Peters, K. (2010). Condom negotiation: experiences of sexually active young women. *Journal of Advanced Nursing* 67(1), 77-85.  
Doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05451.x
- Eggers, S. M., Aaro, L. E., Bos, A.E. R., Mathews, C. Kaaya, S. F. & Onya, H. (2016). Sociocognitive predictors of condom use and intentions among adolescents in three Sub-saharan sites. *Archives of Sexual Behavior*, 45, 353-365.  
<http://doi.org/10.1007/s10508-015-0525-1>
- Espada, J. P., Morales, A., Guillén, R. A., Ballester, R., & Orgilés, M. (2016). Predicting condom use in adolescents: A test of three socio-cognitive models using a structural equation modeling approach. *BMC Public Health*, 16(1).  
Doi: 10.1186/s12889-016-2702-0
- Exavery, A., Kanté, A. M., Jackson, E., Noronha, J., Sikustahili, G., Tani, K., ... Philips, J. F. (2012). Role of condom negotiation on condom use among women of reproductive age in three districts in Tanzania. *BMC Public Health*, 12:1097.
- Fonner, V. A., Armstrong, K. S., Kennedy, C. E., O'Reilly, K. R., & Sweat, M. D. (2014). School based sex education and HIV prevention in low and Middle income countries: A systematic review and meta-analysis. *Journal Plos one*, 9(3), 1-18.
- García del Castillo, J. A., Gázquez, P. M., & Marzo, C. J. C. (2013). La inteligencia emocional, estrategia de prevención en adicciones, salud y drogas. *Health and Addictions*, 13(2), 89-97.

- García, M. A., Mendoza, B. M. A., González, G. A., M. Hernández, G., & Ginnette, O. E. (2014). Conocimientos y prácticas de riesgo ante el VIH/SIDA en adolescentes. *Revista de Medicina e Investigación*, 2(2), 121-127.
- García, V. E., Menéndez, E., Fernández, P., & Cuesta, M., (2012). Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79-87.
- Girma, B., Assefa, A., & Tushunie, K. (2004). Determinants of condom use among Agaro High School students using behavioral models. *Ethiop. J. Health Dev.* 18(1), 25-30. <http://dx.doi.org/10.4314/ejhd.v18i1.9861>
- Good, E. C. (2015). Personas, grupos domésticos y trabajo entre los nahuas. Perspectivas etnográficas y sus aportaciones a la teoría. El Colegio de Michoacán, pp. 129-150.
- Good, E. C., & Raby, D. (2015). Múltiples formas de ser nahuas. Miradas antropológicas hacia representaciones, conceptos y prácticas, El Colegio de Zamora, Michoacán, p.390.
- Good, C. J. (2005). Trabajando como uno: Conceptos nahuas del grupo doméstico y la persona. Unas Miradas Antropológicas, México, Universidad Iberoamericana, pp. 275-294.
- Gold, M. A., Sheftel, A. V., Chiappetta, L., Young, A. J., Zuckoff, A., DiClemente, C. C., & Primack, B. A. (2010). Associations between religiosity and sexual and contraceptive behaviors. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 23(5), 290–297. <http://doi.org/10.1016/j.jpag.2010.02.012>
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence (7th ed.). St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.

- Haley, T., Puskar, K., Terhorst, L., Terry, M. A., & Charron, P. D. (2012). Condom use among sexually active rural high school adolescents personal, environmental, and behavioral predictors. *The Journal of School Nursing, 29*(3), 212-224.  
Doi: 10.1177/1059840512461282
- Hanson, J. D., McMahon, T. R., Griese, E. R. & Kenyon, D. B. (2014). Understanding gender roles in teen pregnancy prevention among American Indian youth. *American Journal Health Behavior, 38*(6), 807-815. Doi:10.5993/AJHB.38.6.2.
- Harris, A. L., Sutherland, M. A., & Hutchinson, M. K. (2013). Parental influences of sexual risk among urban African American adolescent males. *Journal of Nursing Scholarship, 45*(2), 141-150. Doi: 10.1111/jnu.12016
- Harrison, A., Smit, J., Hoffman, S., Nzama, T., Leu, C.S., Mantell, J., & Exner, T. (2012). Gender, peer and partner influences on adolescent HIV risk in rural South Africa. *Sexual Health, 9*(2), 178-186. <http://doi.org/10.1071/SH10150>
- Healey, G. (2014). Inuit parent perspectives on sexual health communication with adolescent children in Nunavut. *International Journal of Circumpolar Health, 73*. Doi: <http://dx.doi.org/10.3402/ijch.v73.25070>.
- Hernández, C. A., & López, R. M. (2011). Adaptación transcultural de la escala para medir autoeficacia en el uso del condón masculino. *Index de Enfermería, 20*(3), 194-198. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962011000200012>
- Hernández, G. M. T., Alberti, M. P., Pérez, N. E., Pérez, O. M. A., Olivera, M. A. & Talavera, M. D. (2014). Relaciones, género y sexualidad entre jóvenes rurales de Salinas de Hidalgo, San Luis Potosí, México. *Ra Ximhai, 10*(6), 115-130.
- Homma, Y., Wong, T. S., Zumbo, D. B., & Saewyc, M. E., (2015). Ethnic identity and sexual initiation among east asian youth in Canada. *Journal Immigrant Minority Health, 17*,1580-1584. Doi: 10.1007/s10903-014-0101-0  
[http://www.unfpa.org.mx/ssr\\_indigenas.php](http://www.unfpa.org.mx/ssr_indigenas.php)

- Huneus, A., Deardorff, J., Lahiff, M., & Guendelman, S. (2014). Type of primary education is associated with condom use at sexual debut among Chilean adolescents. *Sexually Transmitted Diseases, 41*(5), 306-311.
- Hutchinson, M. K., & Cooney, T. M. (1998). Patterns of parental-teen sexual risk communication: implications for intervention. *Family Relations, 47*, 185–194.
- Jemmott, J., Jemmott, L., & Fong, G. (1992). Reductions in HIV risk associated sexual behaviors among black male adolescents: Effects of an AIDS prevention intervention. *American Journal of Public Health, 3*(82), 372–377.
- Kalolo, A., & Kibusi, S. M. (2015). The influence of perceived behavior control, attitude and empowerment on reported condom use and intention to use condoms among adolescents in rural Tanzania. *Reproductive Health, 12*:105. Doi: 10.1186/s12978-015-0097-5
- Kao, T. A., Guthrie, B., Loveland, C. C., & Howard, C. C. (2012). Cross-cultural variations in adolescents' perceived maternal expectancy and sexual initiation. *Journal of Transcultural Nursing, 23*(4), 377-388.  
<https://doi.org/10.1177/1043659612452669>
- Kapadia, F. V. F., Bonner, S., Emmanuel, P. J., Samples, C. L. & Latka, M. H. (2012). Perceived peer safer sex norms and sexual risk behaviors among substance-using Latino adolescents. *AIDS Education and Prevention, 24*(1), 27-40. Doi: 10.1521/aeap.2012.24.1.27.
- Korotayev, A. V. (2003). Unilineal descent organization and deep christianization: A cross-cultural comparison. *Cross-Cultural Research, 37*(1), 133-57.
- Lacunza, A. B. (2012). Las intervenciones en habilidades sociales. *Psicodebate, (12)*, 63-84. Doi: <http://dx.doi.org/10.18682/pd.v12i0.367>
- Leal, F. I., Stuardo, V., Molina, G. T., & González, A. E. (2015). Menarquia temprana y su asociación con conductas de riesgo en adolescentes. *Revista chilena de obstetricia y ginecología, 80*(1), 41-47.

- Lee, M., Yang, G., Chueh, H. W., Park, H. J., & Yoo, J. (2017). The effect of first nocturnal ejaculation timing on risk and sexual behaviors of Korean male adolescents. *Annals of pediatric endocrinology & metabolism*, 23(1), 56. <https://doi.org/10.6065/apem.2018.23.1.56>
- Leininger, M. M. (1970). *Transcultural Nursing: concepts, theories, and practices*. New York, NY: John Wiley and Sons.
- Leininger, M. M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance Transcultural Nursing knowledge and practices. *Journal Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192. Doi: 10.1177/10459602013003005
- Ley General de Salud. (1987). *Reglamento de la ley de salud en materia de investigación en salud (2ª Ed.)*. Porrúa México.
- Mantell, J. E., Needham, S. L., Smit, J. A., Hoffman, S., Cebekhulu, Q., Adams-Skinner, J., & Milford, C. (2009). Gender norms in South Africa: implications for HIV and pregnancy prevention among African and Indian women students at a South African tertiary institution. *Culture, Health & Sexuality*, 11(2), 139–157. <http://doi.org/10.1080/13691050802521155>.
- Marquez, V. A. & Benavides, T. R. A. (2012). Intervención sobre comunicación sexual para padres en comunidades urbanomarginales. <https://www.researchgate.net/publication/269278059>
- Masoda, M. & Govender, I. (2013). Knowledge and attitudes about and practices of condom use for reducing HIV infection. *Southern African Journal of Epidemiology and Infection*. 28(1), 61-68. Doi: 10.1080/10158782.2013.11441521
- McFarlan, M. R. (2012). Madeleine Leininger in memoriam (1925-2012) *Nursing Science Quarterly*, 25(4), 384–385. Doi: 10.1177/0894318412462316
- McFarland, M. R. (2002). Part II: Selected research findings from the culture care theory. In M. Leininger, & M. R. McFarland (Eds.), *Transcultural nursing:*

- Concepts, theories, research & practice (3rd ed., pp. 99-116). New York, NY. McGraw-Hill.
- Mindy, M., Malcolm, L. R., Diaz, A. K., Vera, K. A., Leeder, E., Barrientos, S., & Kibler, J. L. (2014). Latino cultural values as protective factors against sexual risks among adolescents. *Journal of Adolescence*, 37(8), 1215–25. Doi: 10.1016/j.adolescence.2014.08.012.
- Moisés, A. (2012). Sexualidad en Mesoamérica: machismo y marianismo. *Científica*, 1(1), 45-53.
- Mollborn, S., Domingue, B., & Boardman, J. (2013). Norms as group-level constructs: Investigating school-level teen pregnancy norms and behaviors. *Social Forces*, 93(1).
- Moreau, C., Trussell, J., & Bajos, N. (2013). Religiosity, religious affiliation, and patterns of sexual activity and contraceptive use in France. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care : The Official Journal of the European Society of Contraception*, 18(3), 168–180.  
<http://doi.org/10.3109/13625187.2013.777829>
- Moshman, D. (2011). Identity, genocide, and group violence. In *Handbook of Identity Theory and Research*. Springer, New York; 917-932.
- Mostafa, K. S. M. (2012). Vulnerable sexuality and HIV/AIDS prevention knowledge among ethnic tribal male youth in Bangladesh. *Sex Education*, 12 (2), 127–145.
- Nájera, A. S., & Tuesca, M. R. (2015). Desigualdades y características sociodemográficas de la mortalidad materna en La Guajira, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(4/5), 239-44.
- Noboa, O. P., & Serrano, G. I. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de VIH/SIDA en mujeres Puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(1), 21-43. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538102>> ISSN 0120-0534

- Nwozichi, C.U., OJewole, F.O., & Farotimi, A. A. (2016). Understanding attitudes toward condom use and sexual behaviors of Nigerian undergraduate students in Karnataka, India. *Muller Journal of Medical Sciences and Research*, 7(1), 17-22. Doi: 10.4103/0975-9727.174607
- Nyembezi, A., Resnicow, K., Ruiter, A. C. R., Van den Borne, B., Sifunda, S., Funani I., & Reddy, P. (2014). The association between ethnic identity and condom use among young men in the Eastern cape province, South Africa. *Archives of Sexual Behavior*, 43(6),1097-1103. Doi: 10.1007/s10508-014-0307-1
- O'Connor, C. C., Ali, H., Guy, J. R., Templeton, J. D., Fairley, K. C., Marcus Y Chen, & Dickson, M. B., (2014). High chlamydia positivity rates in Indigenous people attending Australian sexual health services. *Medical Journal Australia*, 200(10), 595-598. Doi:10.5694/mja13.10875
- Obeng, G. S., Kodzi, I., Emina, J., Adjei, J., & Ezeh, A. (2014). Adolescent sexual risk-taking in the informal settlements of Nairobi, Kenya: Understanding the contributions of religion. *Journal of Religion and Health*, 53(1), 13-26. Doi: 10.1007/s10943-012-9580-2
- Ojeda, L., & Liang, C. T. H. (2014). Ethnocultural and gendered determinants of coping among Mexican American adolescent men. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(3), 296-304. <http://dx.doi.org/10.1037/a0033293>
- Olapegba, P. O., Idemudia, E. S., & Onuoha, U. C. (2013). Gender differences in responsible sexual behavior of in-school adolescents. *Gender & Behavior*, 11(1), 5316-5323.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Determinantes sociales de la salud. Recuperado de: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/)

- Orozco, P. C. L., & Domínguez, E. A. (2014). Diseño y validación de la escala de actitud religiosa. *Revista de Psicología*, 23(1), 3-11. Doi: 10.5354/0719-0581.2014.32868
- Osorio, L. A., Álvarez, A. A., Hernández, R. V. M., Sánchez, P. M., & Muñoz, A. L del R., (2017). Relación entre asertividad sexual y autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA en jóvenes universitarios del área de la salud. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 7(14), 1-9. Doi: <http://dx.doi.org/10.23913/ride.v7i14.264>
- Osorio, P. C., Romero, Z. J. A., Romero, M. R. S., & Romero, Z. H. (2015). Relaciones de género y sexualidad en indígenas otomís de secundaria. *Digital ciencia@UAQ*, 8(1), 1-12.
- Otoo, N. G. (2016). Effects of undergraduate nursing student-preceptor relationship on the student's self-Reported clinical competence, self-esteem, and readiness to work as a registered nurse. *Theses & Dissertations*. <http://digitalcommons.molloy.edu/etd/8>
- Oudekerk, B. A., Allen, J. P., Hafen, C. A., Hessel, E. T., Szwedlo, D. E. & Spilker, A. (2014). Maternal and paternal psychological control as moderators of the link between peer attitudes and adolescents' risky sexual Behavior. *Journal of Early Adolescence*, 34(4), 413-435. Doi: 10.1177/0272431613494007
- Palacios, D. J. R. (2015). Estimación psicométrica de la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo para adolescentes en México. *Psychosocial Intervention*, 24(1), 1-7. Doi 1016/psi.2014.11.004
- Pan American Health Organization. (2012). Salud pública, políticas sociales y desarrollo humano de adolescentes y jóvenes indígenas en américa latina. Recuperado de: <http://www.paho.org/derechoalaSSR/wp-content/uploads/Documentos/Salud-Publica-Politiclas-Sociales-y-Desarrollo-Humano-de-Adolescentes-y-Jovenes-Indigenas-en-America-Latina.pdf>

- Parker, G. C. (2006). La religión y el despertar de los pueblos indígenas en América Latina. *Alteridades*, 16 (32), 81-90.
- Phinney, J. S., & Ong, A. D. (2007). Conceptualization and measurement of ethnic identity: Current status and future directions. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 271-281. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.54.3.271>.
- Pires, R., Araujo, P. A., Pereira, J., & Canavarro, M.C., (2014). Preventing adolescent pregnancy: biological, social, cultural, and political influences on age at first sexual intercourse. *The Journal of Primary Prevention*, 35(4), 239-254. Doi 10.1007/s10935-014-0344-5.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2016). Hechos y cifras: el VIH y el SIDA, prevalencia y nuevas infecciones. Recuperado de <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/Global-AIDS-update-2016>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en México. (2014). Los objetivos de desarrollo del milenio en Puebla. Recuperado de: <http://www.mx.undp.org/content/dam/mexico/docs/Publicaciones/PublicacionesReduccionPobreza/InformesDesarrolloHumano/UNDP-MX-PovRed-IDH-IDHyODMPuebla.pdf>
- Programa Especial de los Pueblos Indígenas. (2014). Diario Oficial de la Federación. Recuperado de: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5343116&fecha=30/04/2014](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343116&fecha=30/04/2014)
- Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Recuperado de: [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps\\_2013\\_2018.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps_2013_2018.pdf)
- Pu, J., Chewning, B., St. Clair, I. D., Kokotailo, P. K., Lacourt, J., & Wilson, D. (2013). Protective factors in american indian communities and adolescent violence. *Maternal and Child Health Journal*, 17(7), 1199-1207. <http://doi.org/10.1007/s10995-012-1111-y>

- Pulerwitz, J., & Barker, G. (2008). Measuring attitudes toward gender norms among young men in Brazil. *Men and masculinities*, 10(3), 322-338.  
Doi: 10.1177/1097184X06298778
- Quiroz, J., Atienzo, E. E., Campero, L., & Suárez, L. L. (2014) Entre contradicciones y riesgos: opiniones de varones adolescentes mexicanos sobre el embarazo temprano y su asociación con el comportamiento sexual. *Salud Pública de México*, 56, 180-188.
- Raby, D. (2012). My heart can't do what it wants: Sadness and learned empathy in a Nahua community. *Anthropology and Humanism*, 37(2), 201-213.
- Ramiro, M., López, F. L., & Bermúdez, M. (2011). Variables de riesgo para la infección por VIH: Análisis comparativo en función del género, entre adolescentes indígenas y mestizos mexicanos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(2), 143-150.
- Ramírez, T. J. L. (2018). Cultura, símbolos y significados en la etnicidad Otomí. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*. 1(17), Disponible en: <<https://convergencia.uaemex.mx/article/view/9537>>.
- Regnerus, M. D., & Smith C. (2005). Selection effects in studies of religion influence. *Review of Religious Research*, 47(1), 23-50.
- Rengifo, H. A.R., Córdoba E. A., & Serrano R. M. (2012). Adolescents' sexual and reproductive health knowledge and Practice in a provincial Colombian town. *Revista de Salud Pública*. 14(4), 558-569.
- Renjhen, P., Kumar, A., Pattanshetty, S., Sagir, A., & Samarasinghe, C. M. (2010). A study on knowledge, attitude and practice of contraception among college students in Sikkim, India. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 11(2), 78-81. <http://doi.org/10.5152/jtggg.2010.03>.
- Rich, A., Mullan, A. B., Sainsbury, K., & Kuczmierczyk, K. A. (2014). The role of gender and sexual experience in predicting adolescent condom use intentions

- using the theory of planned behaviour. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 295-306. Doi:10.3109/13625187.2014.917624
- Rijsdijk, L. E., Bos, A. E., Lie, R., Ruiter, R. A., Leerlooijer, J. N., & Kok, G. (2012). Correlates of delayed sexual intercourse and condom use among adolescents in Uganda: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 12, 817.  
<http://doi.org/10.1186/1471-2458-12-817>
- Ritchwood, T. D., Penn, D., Peasant, C., Albritton, T., & Corbie, S. G. (2015). Condom use self-efficacy among younger rural adolescents: The influence of parent-teen communication, and knowledge of and attitudes toward condoms. *Journal of Early Adolescence*, 37(2), 267-283. Doi: 10.1177/0272431615599065
- Robles, M. S., Rodríguez, C. M., Frías, A. B., & Moreno, R. D. (2014). Indicadores del uso eficaz del preservativo. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2), 244-58.
- Robles, M., Frías, A. B., Moreno, R. D., Rodríguez, C. M., & Barroso, V. R. (2011). Conocimientos sobre VIH/SIDA, comunicación sexual y negociación del uso del condón en adolescentes sexualmente activos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4). Recuperado de:  
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/28908/0>
- Rosales, M. A. L., & Mino, G. (2012). La salud sexual y reproductiva de jóvenes indígenas: Análisis y propuestas de intervención. México, D.F. pp. 113-135.
- Santelli, J., Song, X., Holden, I., Wunder, K., Zhong, X., Wei, Y., Mathur, S., & Serwadda, M. D. (2015). Prevalence of sexual experience and initiation of sexual intercourse among adolescents, Rakai District, Uganda, 1994–2011. *Journal of Adolescent Health*, 57(5) 496-505.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.07.018>
- Saturno, H. L., (2012). Sexo y edad en las conductas sexuales de riesgo en adolescentes de 13 a 18 años. Tesis de licenciatura.

- Schmid, A., Noelle, L. R., Ritchie, A. S., & Gwadz, M. V. (2015). Assertive communication in condom negotiation: Insights from late adolescent couples' subjective ratings of self and partner. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 57(1), 94–99.  
<http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.03.005>
- Schwartz, S. J., Unger, J. B., Des Rosiers, S. E., Lorenzo-Blanco, E. I., Zamboanga, B. L., Huang, S., ... Szapocznik, J. (2014). Domains of acculturation and their effects on substance use and sexual behavior in recent hispanic immigrant adolescents. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 15(3), 385–396. <http://doi.org/10.1007/s11121-013-0419-1>
- Sharma, K., Kathait, A., Jain, A., Kujur, K., Raghuwanshi, S., Chandra, B. A., & Chandola, S. A., (2015). Higher prevalence of human papillomavirus infection in adolescent and young adult girls belonging to different Indian Tribes with varied socio-sexual lifestyle. *PLoS one*, 10(5), 1-13. doi:10.1371/journal.pone.0125693
- Shin, Y. H., Lee, T. H., Kang, M. J., Jang, H. Y., Ham, H. M., & Choi, E. H. (2015). A program to build preschooler's eating habit based on Social Cognitive Theory. *Korean Journal of Health Promotion*, 15(4), 244-253.  
<https://doi.org/10.15384/kjhp.2015.15.4.244>
- Silver, E. J., & Bauman, L. J. (2014) Association of “Macho Man” sexual attitudes and behavioral risks in urban adolescents. *American Journal of Sexuality Education*, 9(2), 176–187. Doi: 10.1080/15546128.2014.900466
- Smith, C. V. (2002). Aportes a la comprensión de la identidad étnica en niños, niñas y adolescentes de grupos étnicos minoritarios. *Revista de Ciencias Sociales*, 2(96).
- Staras, S. A. S., Livingston, D. M. B. A., Maldonado M. M. M., & Komro, A. K. (2013). The influence of sexual partner on condom use among urban adolescents. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 53(6), <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.06.020>

- Taggart, J. M. (2015). Las historias de amor de los náhuat de la Sierra Norte de Puebla, México”. El Colegio de Michoacán, pp. 175-194.
- Teva, I., Bermúdez, M. P., & Ramiro, M. T. (2014). Satisfacción sexual y actitud hacia el uso del preservativo en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 127-136.
- Townsend, G. T., Thomas, J. A., Neilands, B. T., & Jackson, R. T. (2010). I'm no jezebel; i am young, gifted, and black: identity, sexuality, and black girls. *Psychology of Women Quarterly*, 34(3), 273-285. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2010.01574.x>
- Tschann, M. J., Flores, E., De Groat, C. L., Deardorff, J. & Wibbelsman, J. Ch. (2010). Condom negotiation strategies and actual condom use among latino youth. *Journal Adolescent Health*, 47(3), 254-262.  
Doi:10.1016/j.jadohealth.2010.01.018.
- Umaña-Taylor, A. J. (2004). Ethnic identity and self-esteem: Examining the role of social context. *Journal of Adolescence*, 27, 139-146.
- Uribe, A. J. I., Aguilar, V. X., Zacarías, S. X., & Aguilar, C. A. (2015). Modelos explicativos del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(1), 1904 – 1915.
- Uribe, A. J., Andrade, P. I., Zacarías, S. P., & Betancourt, O. D. (2013). Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 15(2), 75-92.
- Uribe, A. J., Bahamón, M. M., Reyes, R. L., Trejos, H. A., & Alarcón, V. Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y uso del condón en jóvenes Colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(1). Recuperado de [http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatonica/revistas\\_ucatonica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/1079/1232](http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatonica/revistas_ucatonica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/1079/1232)

- Useche, B., Quiceno, M., Mendoza, B., & Triana, R. (2014). Conducta sexual de estudiantes universitarios de la ciudad de Cúcuta. *Informes Psicológicos, 14*(1), 129-141
- Valdez, C., Benavides, R. A., González, V.M., Onofre, D. J., & Castillo, L. (2015). Internet and sexual risk behavior for HIV/AIDS in young people. *Enfermería Global, 14*(38), 151-159. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.14.2.196561>
- Van, C. K. S., & Romero, J. A. (2012). How are self-efficacy and family involvement associated with less sexual risk taking among ethnic minority adolescents? *Interdisciplinary Journal of applied Family Studies, 61*(10), 548-558. Doi:10.1111/j.1741-3729.2012.00721.x
- Vargas, V. E. Martínez, C. G., & Potter, J. E. (2010). Religión e iniciación sexual premarital en México. *Revista Latinoamericana de Población, 4*(7), 7-30.
- Villalobos, H. A., Campero, L., Suárez, L. L. Atienzo, E., Estrada, F., & De la Vara, S. E. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública de México, 57*(2), 135-143. Recuperado en 31 de julio de 2018, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342015000200008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200008&lng=es&tlng=es).
- Villarruel, A. M., Jemmott, L.S., Jemmott, J. B., & Ronis, D. L. (2004). Predicting intentions and condom use among Latino college students. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 13*(2), 59-69.
- Voisin, R. D., Salazar, L. F., Crosby, R., & DiClemente, J. R. (2013). The relationship between ethnic identity and chlamydia and gonorrhea infections among low income detained African American adolescent females. *Psychology, Health & Medicine, 18*(3), 355-362. Doi:10.1080/13548506.2012.726361.

- Whitbourne, S. K., Sneed, J. R., & Sayer, A. (2009). Psychosocial development from college through midlife: A 34-year sequential study. *Developmental Psychology*, 45(5), 1328–1340. Doi: 10.1037/a0016550
- Zhen, M., Fisher, M. A., & Lewis, H. K. (2014). School-based HIV/AIDS education is associated with reduced risky sexual behaviors and better grades with gender and race/ethnicity differences. *Health education research*, 29(2), 330–339.
- Ybarra, M. L., Korchmaros, J. D., Prescott, T. L., & Birungi, R. (2015). A randomized controlled trial to increase information, motivation, and behavioral skills in Ugandan adolescents. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(3), 473–485.  
<http://doi.org/10.1007/s12160-014-9673-0>

**Apéndice A**  
**Cédula de datos generales**

**Instrucciones:** Por favor lee y marca la opción que corresponda a los datos requeridos, y escribe en la línea la información necesaria.

**1) Edad:** \_\_\_\_\_ años                      **3) ¿A qué edad tuviste tu primera regla/menstruación?** \_\_\_\_\_

**2) Género:** a) hombre   b) mujer      **4) ¿A qué edad tuviste tu primera eyaculación?** \_\_\_\_\_

**5) Ocupación:**

a) Estudia

b) Trabaja

c) Estudia y trabaja

**d) ¿En qué trabaja?** \_\_\_\_\_

**e) ¿Cuántas horas del día trabaja?** \_\_\_\_\_

f) Ni estudio ni trabajo

**6) Religión:**

a) Católico

b) Protestante

c) Testigo de Jehová

**d) Ninguna**

**e) Otra** \_\_\_\_\_

**7) Número de años de estudio:** \_\_\_\_\_

**Primaria:**    a) terminada    b) incompleta

**Secundaria:** a) terminada    d) incompleta

**Bachillerato/preparatoria:** a) terminada      b) incompleta

## Apéndice B

### Subescala de creencias hedonistas sobre el uso del condón

Por favor marque con una X la respuesta que considere es correcta, no hay respuestas correctas o incorrectas.

Items	Completamente en desacuerdo 1	En desacuerdo 2	Neutro 3	De acuerdo 4	Completamente de acuerdo 5
1. Si usara un condón al tener relaciones sexuales, no se sentiría tan bien					
2. Me da vergüenza usar condones					
3. Las relaciones sexuales no se sienten naturales cuando se usa un condón					
4. Los condones quitan las ganas de tener relaciones sexuales, porque tienes que esperar (detenerte) para ponerte uno					
5. Las relaciones sexuales se sienten bien aun cuando se usa un condón					
6. Las relaciones sexuales son más divertidas cuando se usa un condón					
7. Usar un condón interrumpe el ritmo de las relaciones sexuales					

## Apéndice C

### Cuestionario de conocimientos de ITS, SIDA y embarazo

Algunas de las siguientes oraciones son ciertas y otras son falsas. Por favor encierra en un círculo la V si piensas que la oración es VERDADERA o la F si piensas que es FALSA y el “?” si NO SABES. El término ITS significa Infección de Transmisión Sexual.

1. Una muchacha no puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales	V	F	?
2. Si una mujer se lava con una ducha vaginal después de tener relaciones sexuales, no quedará embarazada.	V	F	?
3. Aún si el hombre saca su pene de la vagina de la mujer antes de llegar al orgasmo (eyacular), la mujer puede quedar embarazada.	V	F	?
4. Una muchacha que toma pastillas anticonceptivas y deja de tomárselas por uno o dos días seguidos, no aumenta su posibilidad de quedar embarazada.	V	F	?
5. Una señal común de ITS en el hombre es tener secreción por el pene.	V	F	?
6. Una señal común de ITS es sentir fuerte ardor cuando orina.	V	F	?
7. Una señal común de ITS es tener ampollas en el pene o la vagina.	V	F	?
8. Una señal común de ITS en la mujer es tener secreción (flujo) vaginal, que causa ardor o picazón.	V	F	?
9. No puedes tener una ITS si te sientes perfectamente bien.	V	F	?
10. Una mujer que tiene una ITS puede contraer una infección en el útero y en las trompas de Falopio.	V	F	?
11. Una mujer embarazada que tiene una ITS puede transmitírsela a su bebé.	V	F	?
12. Si tienes una ITS, es posible que tu pareja sexual también la tenga.	V	F	?
13. Si tienes SIDA, existe una mayor probabilidad que contraigas otras enfermedades.	V	F	?
14. Una persona puede tener el virus del SIDA y transmitírselo a otras personas aunque no parezca enfermo.	V	F	?
15. Una forma en que muchas mujeres contraen SIDA, es por tener relaciones sexuales con un hombre que se inyecta drogas.	V	F	?
16. Tener relaciones sexuales anales (por el recto) con un hombre (por ejemplo, su pene en tu ano) aumenta tu posibilidad de contraer SIDA.	V	F	?
17. Usar vaselina como lubricante cuando se tiene relaciones sexuales disminuye la posibilidad de contraer SIDA o ITS.	V	F	?
18. Hay una buena posibilidad de contagiarse de SIDA si se comparte un lavamanos, ducha, o inodoro con alguien que tiene SIDA.	V	F	?
19. El virus de SIDA está presente en el semen, la sangre y el flujo vaginal.	V	F	?
20. El pene debe de estar erecto (duro) cuando se pone el condón.	V	F	?
21. Cuando se pone el condón en el pene, se debe dejar un espacio en la punta del condón.	V	F	?
22. El condón debe estar completamente desenrollado (estirado) antes de ponerlo.	V	F	?
23. Guardar o llevar condones en sitios calurosos, puede destruir su efectividad en el pene.	V	F	?
24. La espuma y la jalea que las mujeres usan como métodos anticonceptivos funcionan mejor que el condón en el hombre.	V	F	?

## Apéndice D

### Subescala de autoeficacia en la colocación del condón

Items	Completamente en desacuerdo 0	En desacuerdo 1	Indeciso 2	De acuerdo 3	Completamente de acuerdo 4
1. Tengo habilidad para ponerme el condón o ponérselo a mi pareja.					
2. Puedo comprar condones sin sentir vergüenza.					
3. Puedo recordar llevar un condón conmigo por si lo necesitara.					
4. Tengo confianza en mí habilidad, o en la de mi pareja para mantener una erección con el condón puesto.					
5. Sentiría vergüenza de ponerme un condón o ponérselo a mi pareja.					
6. Tengo habilidades para usar un condón correctamente.					
7. Puedo quitar un condón y deshacerme de él hábilmente cuando tenemos relaciones sexuales.					
8. Tengo habilidad para ponerme un condón o ponérselo a mi pareja durante la estimulación erótica previa al acto sexual.					
9. Si mi pareja y yo fuéramos a usar un condón y no diera resultado, me daría vergüenza volver a usar uno.					
10. Puedo usar el condón con mi pareja sin enfriar el momento.					
11. Tengo habilidad para ponerme el condón o para ponérselo a mi pareja rápidamente.					
12. Puedo usar el condón durante el acto sexual sin reducir mis sensaciones sexuales.					

## Apéndice E

### Subescala de asertividad en el uso del condón

Por favor, lee cada afirmación y marca en la escala tu opinión según sea el caso.

Items	Completamente en desacuerdo 0	En desacuerdo 1	Indeciso 2	De acuerdo 3	Completamente de acuerdo 4
1. Tengo habilidad para discutir el uso del condón con mi pareja.					
2. Tengo habilidad para sugerir el uso del condón con una pareja nueva.					
3. Puedo sugerir a mi pareja usar el condón sin que este se sienta enfermo/a.					
4. Puedo discutir el uso del condón con una posible pareja antes de tener cualquier tipo de contacto sexual (abrazarse, besarse, acariciarse).					
5. Tengo habilidad para persuadir a mi pareja a aceptar usar un condón cuando tenemos sexo.					
6. Si mi pareja no quisiera usar un condón durante el acto sexual, lo convencería fácilmente que es necesario usarlo.					
7. Confío en que mi pareja o yo pudiéramos usar el condón aún en los momentos de mayor pasión.					

## Apéndice F

### Escala de intención del uso del condón

Por favor, lee las siguientes preguntas y señala en la escala según corresponda tu caso.

Items	Muy improbable 1	Improbable 2	Ni probable, Ni improbable 3	Probable 4	Muy probable 5
1. ¿Qué tan probable es que tú y tu pareja decidan usar algún método anticonceptivo si tienen relaciones sexuales en los próximos 3 meses?					
2. ¿Qué tan probable es que decidas usar un condón si tienes relaciones sexuales en los próximos 3 meses?					
3. Trataré que mi pareja use condones si tenemos relaciones sexuales en los próximos 3 meses.					
4. Planifico usar condones si tengo relaciones sexuales en los próximos 3 meses.					

## Apéndice G

### Escala de comunicación sexual

Por favor, lee las siguientes preguntas y señala en la escala la cantidad de información que has recibido de tu padre/madre. Marca solo una respuesta por pregunta.

Preguntas	Nada 1	Poca 2	Alguna 3	Bastante 4	Mucha 5
1. ¿Qué tanta información te ha dado tu padre/madre sobre lo que piensa acerca de tu conducta sexual?					
2. ¿Qué tanta información te ha dado tu padre/madre sobre cómo evitar el embarazo?					
3. ¿Qué tanta información te ha dado tu padre/madre sobre las enfermedades de transmisión sexual?					
4. ¿Qué tanta información te ha dado tu padre/madre sobre el VIH/SIDA?					
5. ¿Qué tanta información te ha dado tu padre/madre sobre cómo protegerte para que no te contagies de enfermedades de transmisión sexual o SIDA?					
6. ¿Qué tanta información específica sobre el uso del condón te ha dado tu padre /madre?					
7. ¿Qué tanta información te ha dado tu padre/madre sobre esperar hasta que seas mayor para tener relaciones sexuales?					
8. ¿Qué tanto te han dicho tus padres sobre la presión de tus amigos de tener sexo y de la persona con quien sales (novio/a)?					
9. ¿Qué tanto te han dicho tus padres de cómo resistir la presión de tus amigos y de la persona con quien sales (novio/a)?					

## Apéndice H

### Subescala del uso del condón con aprobación de la pareja

Por favor, lee las siguientes afirmaciones y señala en la escala tu respuesta.

Items	Completamente en desacuerdo 0	En desacuerdo 1	Indeciso 2	De acuerdo 3	Completamente de acuerdo 4
1. Si tuviera que sugerir a mi pareja usar el condón, me daría miedo de que me rechazara.					
2. Si no estuviera seguro/a de que mi pareja usa condones, no le sugeriría usar uno.					
3. No me sentiría seguro/a sugiriendo el uso del condón a mi nueva pareja porque temo que piense que tengo una enfermedad de transmisión sexual.					
4. No me sentiría seguro/a si le sugiriera a mi nueva pareja el uso del condón porque temo que piense que tiene una enfermedad de transmisión sexual.					
5. Me sentiría cómodo/a al discutir el uso del condón con una posible pareja antes de que tuviéramos relaciones sexuales.					

## Apéndice I

### Escala de normas de pares

Cuántos de tus amigos pensarían que un chico es popular de acuerdo a lo siguiente:

Reactivos	Ninguno 0	Algunos 1	La mayoría 2	Todos 3
1. Tener sexo a mi edad es algo popular en un chavo.				
2. Tener sexo con alguien más a parte de su pareja, hace que un chavo sea popular.				
3. Tener sexo con todas las personas que sea posible hace que un chavo sea popular.				
4. Tener sexo con 2 personas diferentes el mismo día hace que un chavo sea popular.				
5. Es popular que los chavos que van a la escuela embaracen a las chavas.				

## Apéndice J

### Escala de equidad de género

Items	De acuerdo 1	Parcialmente de acuerdo 2	En desacuerdo 3
1. Hay momentos en que una mujer merece ser golpeada			
2. Una mujer debe tolerar la violencia para mantener unida a familia			
3. Está bien que un hombre golpee a su esposa si ella es infiel			
4. Un hombre puede golpear a su esposa si ella no va a tener relaciones sexuales con él			
5. Si alguien insulta a un hombre, él debe defender su reputación con la fuerza si tiene que hacerlo			
6. Un hombre que usa la violencia contra su mujer es un asunto privado que no debe ser discutido fuera de la pareja			
7. Es el hombre quien decide qué tipo de sexo tener			
8.- Los hombres están siempre dispuestos a tener relaciones sexuales			
9. Los hombres necesitan más sexo que las mujeres			
10. Un hombre necesita otras mujeres, incluso si las cosas con su esposa están muy bien			
11. No se habla sobre el sexo, simplemente lo haces			
12. Me da asco cuando veo a un hombre que actúa como una mujer			
13. Una mujer no debe iniciar el sexo			
14. Una mujer que tiene relaciones sexuales antes de casarse, no merece respeto			
15. Las mujeres que llevan condones con ellas son fáciles			
16. Los hombres deben estar indignados si sus mujeres les piden que use un condón			
17. Es responsabilidad de la mujer evitar el embarazo			
18. Sólo cuando una mujer tiene un hijo, es una mujer de verdad			
19. Un hombre de verdad produce un hijo varón			
20. El cambio de pañales, bañar y la alimentación de los niños es responsabilidad de la madre			
21. El papel de la mujer es cuidar de su hogar y familia			
22. El hombre debe decidir comprar los principales artículos para el hogar			
23. Un hombre debe tener la última palabra sobre las decisiones en su casa			
24.- Una mujer debe obedecer a su marido en todas las cosas			

## Apéndice K

### Escala de actitud religiosa

Por favor, lee las siguientes afirmaciones y señala en la escala tu respuesta.

Items	En total desacuerdo 1	En desacuerdo 2	Neutro 3	De acuerdo 4	En total acuerdo 5
1. Dios me ayuda a llevar una vida mejor					
2. Me gusta mucho aprender sobre de Dios					
3. Dios significa nada para mí					
4. Creo que Dios ayuda a la gente					
5. La oración me ayuda mucho					
6. Pienso que orar es una cosa buena					
7. Los textos religiosos son anticuados					
8. Dios es muy real para mí					
9. Pienso que orar sirve para nada					
10. La religión me ayuda a llevar una vida mejor					
11. Encuentro difícil creer en Dios					
12. Los rituales religiosos son pérdida de tiempo					
13. Para mí es importante practicar mi religión/creencias espirituales					
14. La religión es relevante en el mundo moderno					
15. Ir al templo/Iglesia, es pérdida de tiempo					
16. Ocasionalmente comprometo o adapto mis creencias religiosas para proteger mi bienestar social y económico					
17. Mis creencias religiosas realmente dan forma a mi enfoque total de vida					
18. Estoy constantemente cuestionando mis creencias religiosas					
19. La espiritualidad es importante en mi vida					
20. ¿Qué tan de acuerdo está tu religión sobre el uso del condón?					

## Apéndice L

### Escala de identidad étnica

Conforme a la escala, coloca en cada afirmación el número que mejor te describe.

Items	No me describe 0	Me describe un poco 1	Me describe bien 2	Me describe muy bien 3
1. No he participado en ninguna actividad que me enseñara sobre mi grupo étnico				
2. He experimentado cosas que reflejan mi grupo étnico como: comer comida, escuchar música y ver películas				
3. He asistido a eventos que me han ayudado a aprender más sobre mi grupo étnico				
4. He leído libros/revistas/ periódicos u otros materiales que me han enseñado de mi grupo étnico				
5. He participado en actividades que me han mostrado mi grupo étnico				
6. He aprendido acerca de mi grupo étnico haciendo cosas como leer libros, revistas, periódicos, navegar en internet, o estando al tanto de eventos actuales				
7. He participado en actividades que me han enseñado sobre de mi grupo étnico				
8. Mis sentimientos respecto a mi grupo étnico son mayormente negativos				
9. Me siento negativo/a acerca de mi grupo étnico				
10. Desearía ser de diferente grupo étnico				
11. No soy feliz con mi grupo étnico				
12. Si pudiera elegir, preferiría ser de un grupo étnico distinto				
13. No me gusta mi grupo étnico				
14. Estoy clara/o respecto a lo que mi grupo étnico significa para mí				
15. Entiendo cómo me siento acerca de mi grupo étnico				
16. Conozco lo que mi grupo étnico significa para mí				
17. Tengo un sentido claro de lo que mi grupo étnico significa para mí				

## Apéndice M

### Cuestionario de conducta sexual segura

Señala la frecuencia en que realizas las siguientes prácticas sexuales:

Items	Nunca 1	Algunas veces 2	La mayor parte del tiempo 3	Siempre 4
1. Yo insisto en el uso del condón cuando tengo relaciones sexuales.				
2. Yo detengo el juego previo, a la relación sexual (como tocar/ besar/agasajar) a tiempo para ponerme un condón o para que mi pareja se ponga un condón.				
3. Si sé que en un encuentro con alguien podemos tener relaciones sexuales, llevo un condón conmigo.				
4. Si me dejo llevar por la pasión del momento, yo tengo relaciones sexuales sin usar un condón.				
5. Tengo sexo oral sin usar barreras de protección, como un condón o cubierta de látex				
6. Si sé que en un encuentro con alguien podemos tener relaciones sexuales, yo tengo un plan en mente para practicar el sexo seguro.				
7. Si mi pareja insiste en tener relaciones sin usar un condón, me niego a tener relaciones sexuales.				
8. Tengo relaciones sexuales anales sin usar un condón.				
9. Uso cocaína u otras drogas antes o durante las relaciones sexuales.				
10. Evito el contacto directo con el semen o secreciones vaginales de mi pareja sexual.				
11. Tengo relaciones sexuales en la primera cita sin saber la vida sexual de mi pareja.				
12. Evito las relaciones sexuales cuando tengo llagas o irritación en mi área genital.				
13. Practico sexo anal.				
14. Evito tener contacto directo con la sangre de mi pareja sexual.				
15. Yo tengo relaciones sexuales con una persona que sé que es bisexual o gey.				
16. Consumo bebidas alcohólicas antes o durante las relaciones sexuales.				

## Apéndice N

### Consentimiento informado (padre/madre/tutor)

**Título del Proyecto:** Modelo de conducta sexual segura en adolescentes de la comunidad náhuatl las Lomas, Puebla.

**Investigadora Responsable:** ME. María de los Ángeles Meneses Tirado.

**Prólogo:** Estamos interesados en conocer sobre la conducta sexual de los adolescentes. Por tal motivo se le pide autorizar la participación de su hijo/a en este estudio. Si permite que su hijo/a participe, firmará este documento que expresa su autorización de manera libre y voluntaria una vez que conozca el propósito, los beneficios y riesgos. Enseguida a su hijo/a se le citará en un aula del Centro de Salud para contestar los cuestionarios relacionados con la conducta sexual. Cabe mencionar que usted recibirá una copia de este documento al haber autorizado.

**Propósito del Estudio:** Explicar los factores que influyen en la conducta sexual segura de los adolescentes.

**Descripción del Estudio/Procedimiento:** En el presente estudio se aplicarán 11 cuestionarios que permiten identificar la conducta sexual segura de los adolescentes. Una vez que autorice la participación, su hijo/a será citada/o al aula asignada a esta actividad en el Centro de Salud, para contestar los cuestionarios, y de ser el caso realice preguntas a la responsable de la investigación. Al final, los cuestionarios se guardarán en un sobre y sólo serán empleados por la investigadora para capturar la información, por lo que ni usted tendrá acceso a la información proporcionada por su hijo/a.

**Riesgos e inquietudes:** Participar en este estudio no representa ningún riesgo para el bienestar de su hijo/a, ya que solo se abordará información sobre la conducta sexual. En caso de que se sintiera incómodo al contestar las preguntas, puede dejar de participar o continuar en otro momento.

**Beneficios esperados:** Con la información obtenida se diseñarán propuestas educativas para reducir riesgos a infecciones de transmisión sexual y embarazos a temprana edad en adolescentes de la comunidad Las Lomas.

**Costos:** Participar en el estudio, no implica ningún costo a usted o a su hijo/a.

**Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:**

Las únicas personas que sabrán de esta participación serán usted, su hijo/a, y la investigadora principal. Los resultados del estudio serán publicados en artículos científicos, y la información será anónima y confidencial.

**Preguntas:** En caso de preguntas adicionales sobre la investigación, puedo llamar a la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, ubicada en la Subdirección de Posgrado al teléfono 83 48 18 47, en Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León o con la responsable del estudio ME. María de los Ángeles Meneses Tirado, al: 22 21 57 36 66.

**Consentimiento:** Autorizo de manera libre y voluntaria, la participación de mi hijo/a en este estudio. Sin renunciar a ningún derecho y puede retirarse cuando así lo considere.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma testigo

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Dirección

María de los Angeles Meneses Tirado

H. Puebla de Z.,

\_\_\_\_\_  
Investigadora.

a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

## Apéndice O

### Consentimiento informado

**Título del Proyecto:** Modelo de conducta sexual segura en adolescentes de la comunidad náhuatl las Lomas, Puebla.

**Investigadora Responsable:** ME. María de los Ángeles Meneses Tirado.

**Prólogo:** Estamos interesados en conocer sobre la conducta sexual de los adolescentes. Por tal motivo, se te invita a participar en este estudio con adolescentes de 15 a 19 años de edad. Si aceptas participar, firmarás este documento que expresa tu conformidad de manera libre y voluntaria, una vez que conozcas el propósito, beneficios y riesgos, posteriormente contestarás algunos cuestionarios relacionados con la conducta sexual, los cuales se aplicarán en un aula del Centro de Salud. Cabe mencionar que recibirás una copia de este documento una vez que hayas firmado.

**Propósito del Estudio:** Explicar los factores que influyen en la conducta sexual segura de los adolescentes.

**Descripción del Estudio/Procedimiento:** En el presente estudio se aplicarán 11 cuestionarios para identificar la conducta sexual segura de los adolescentes. Una vez que autorices tu participación, serás citado en un aula del Centro de Salud, para contestar los cuestionarios, y de ser necesario realices preguntas a la responsable de la investigación. Al final, los cuestionarios se guardarán en un sobre y sólo serán empleados por la investigadora principal para capturar la información.

**Riesgos e inquietudes:** Participar en este estudio no representa ningún riesgo para tu bienestar físico y emocional. En caso de sentirte incómodo al contestar las preguntas, puedes dejar de participar o continuar en otro momento.

**Beneficios esperados:** Con la información obtenida se plantearán propuestas educativas para reducir riesgos a infecciones de transmisión sexual y embarazos a temprana edad en adolescentes de la comunidad Las Lomas.

**Costos:** Participar en el estudio, no implica ningún costo para ti.

**Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:**

Las únicas personas que sabrán que estoy participando en este estudio son otros adolescentes que participarán, y la investigadora principal. Los resultados del estudio serán publicados en artículos científicos, y no se publicarán datos individuales.

**Preguntas:** En caso de preguntas adicionales sobre la investigación, puedo llamar a la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, ubicada en la Subdirección de Posgrado al teléfono 83 48 18 47, en Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León o a la responsable del estudio ME. María de los Ángeles Meneses Tirado, al: 22 21 57 36 66.

**Consentimiento:** Acepto de manera libre y voluntaria participar con información para los fines de este estudio. He leído este formato y todas mis preguntas han sido aclaradas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no renuncio a mis derechos y puedo cancelar mi participación cuando así lo considere.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma testigo

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Dirección

María de los Angeles Meneses Tirado

H. Puebla de Z.,

\_\_\_\_\_  
Investigadora.

a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

## Apéndice P

### Asentimiento Informado

**Título del Proyecto:** Modelo de conducta sexual segura en adolescentes de la comunidad náhuatl las Lomas, Puebla.

**Investigadora Responsable:** ME. María de los Ángeles Meneses Tirado.

**Prólogo:** Estamos interesados en conocer sobre la conducta sexual de los adolescentes. Por tal motivo, se te invita a participar en este estudio con adolescentes de 15 a 19 años de edad. Si aceptas participar, firmarás este documento que expresa tu conformidad de manera libre y voluntaria, una vez que conozcas el propósito, beneficios y riesgos, posteriormente contestarás algunos cuestionarios relacionados con la conducta sexual, los cuales se aplicarán en un aula del Centro de Salud. Cabe mencionar que recibirás una copia de este documento una vez que hayas firmado.

**Propósito del Estudio:** Explicar los factores que influyen en la conducta sexual segura de los adolescentes.

**Descripción del Estudio/Procedimiento:** En el presente estudio se aplicarán 11 cuestionarios para identificar la conducta sexual segura de los adolescentes. Una vez que autorices tu participación, serás citado en un aula del Centro de Salud, para contestar los cuestionarios, y de ser necesario realices preguntas a la responsable de la investigación. Al final, los cuestionarios se guardarán en un sobre y sólo serán empleados por la investigadora principal para capturar la información.

**Riesgos e inquietudes:** Participar en este estudio no representa ningún riesgo para tu bienestar físico y emocional. En caso de sentirte incómodo al contestar las preguntas, puedes dejar de participar o continuar en otro momento.

**Beneficios esperados:** Con la información obtenida se plantearán propuestas educativas para reducir riesgos a infecciones de transmisión sexual y embarazos a temprana edad en adolescentes de la comunidad Las Lomas.

**Costos:** Participar en el estudio, no implica ningún costo para ti.

**Autorización para uso y distribución de la información para la investigación:**

Las únicas personas que sabrán que estoy participando en este estudio son otros adolescentes que participarán, y la investigadora principal. Los resultados del estudio serán publicados en artículos científicos, y no se publicarán datos individuales.

**Preguntas:** En caso de preguntas adicionales sobre la investigación, puedo llamar a la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, ubicada en la Subdirección de Posgrado al teléfono 83 48 18 47, en Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León o a la responsable del estudio ME. María de los Ángeles Meneses Tirado, al: 22 21 57 36 66.

**Consentimiento:** Acepto de manera libre y voluntaria participar con información para los fines de este estudio. He leído este formato y todas mis preguntas han sido aclaradas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no renuncio a mis derechos y puedo cancelar mi participación cuando así lo considere.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma testigo

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Dirección

María de los Angeles Meneses Tirado

H. Puebla de Z.,

\_\_\_\_\_  
Investigadora.

a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

## **Resumen Autobiográfico**

ME. María de los Ángeles Meneses Tirado

Candidato para obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

**Tesis:** MODELO DE CONDUCTA SEXUAL SEGURA EN ADOLESCENTES DE LA  
COMUNIDAD NÁHUATL LAS LOMAS, PUEBLA

LGAC: Sexualidad Responsable y Prevención de ITS/SIDA

**Biografía:** Nació en San Nicolás de los Ranchos, Puebla el 1 de enero de 1979, hija de Marcos Meneses Almonte y Zenaida Tirado Analco.

**Educación:** Egresada de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, como Licenciada en Enfermería en el año 2002.

Egresada de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, como Enfermera especialista en Perinatal en el año 2004.

Egresada de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, como Maestra en Enfermería en el año 2010.

**Experiencia profesional:** Enfermera especialista en el Hospital de la Mujer de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, desde 2004.

Profesor de medio tiempo en la Facultad de Enfermería de la BUAP desde 2006.

Miembro del Colegio de Licenciados en Enfermería desde 2010.

Miembro de la Sociedad de Honor en Enfermería Sigma Theta Tau International, Capítulo Tau Alpha desde 2017.

**Presentaciones:** Ponente en el simposio sexualidad responsable y prevención de ITS/VIH-SIDA.

**Publicaciones:** Uso del condón en adolescentes Nahuas, un modelo explicativo, (2018). Hispanic Health Care International Journal.

E-mail: [anel\\_0179@hotmail.com](mailto:anel_0179@hotmail.com)