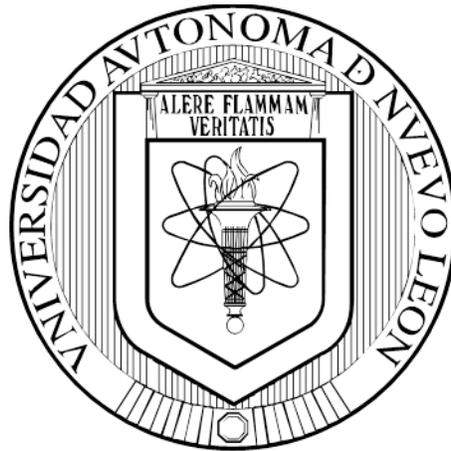


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



PERCEPCIÓN DE RIESGO Y AUTOEFICACIA SEXUAL  
EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA

POR

LIC. JOSÉ ALEJANDRO CRUZ ORTÍZ

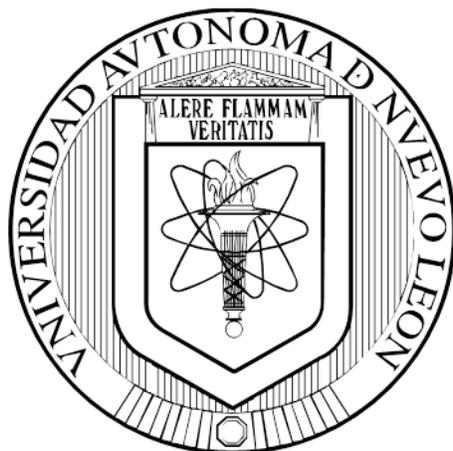
COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

DICIEMBRE, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PERCEPCIÓN DE RIESGO Y AUTOEFICACIA SEXUAL  
EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA

POR

LIC. JOSÉ ALEJANDRO CRUZ ORTÍZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

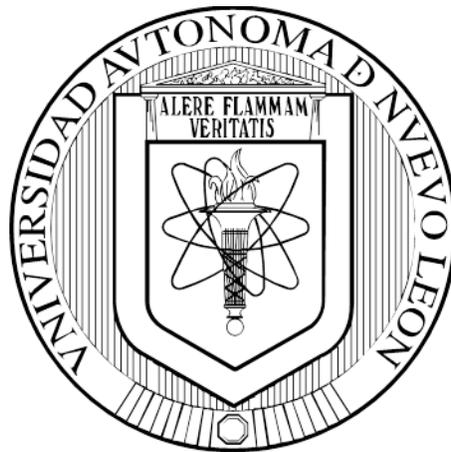
DIRECTOR DE TESIS  
RAQUEL ALICIA BENAVIDES TORRES, PHD

DICIEMBRE, 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



PERCEPCIÓN DE RIESGO Y AUTOEFICACIA SEXUAL  
EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA

POR

LIC. JOSÉ ALEJANDRO CRUZ ORTÍZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ASESOR ESTADÍSTICO  
MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PHD

DICIEMBRE, 2017

PERCEPCIÓN DE RIESGO Y AUTOEFICACIA SEXUAL EN ADOLESCENTES DE  
SECUNDARIA

**Aprobación de Tesis**

---

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD

Director de Tesis

---

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD

Presidente

---

Dra. María Aracely Márquez Vega

Secretario

---

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Vocal

---

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirectora de Posgrado e Investigación

## **Agradecimientos**

En primer lugar y ante todo agradezco a la Universidad Autónoma de Coahuila (UA de C), especialmente al Dr. Raúl Adrián Castillo Vargas, Director de la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” que durante su periodo de gestión me brindó su apoyo para culminar los estudios de Maestría.

De igual manera, agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por mantener su confianza en mí; además de brindar su apoyo para que pudiera concluir con éxito el programa académico de Posgrado en la Universidad Autónoma de Nuevo León.

A la M.E. María Diana Ruvalcaba Rodríguez, Directora de la Facultad de Enfermería UANL que durante su periodo de gestión brindó su apoyo incondicional para consumir mis estudios en su honorable institución educativa.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación de la FAEN/UANL que brindó su apoyo incondicional para poder concluir con éxito.

A Raquel Alicia Benavides Torres PhD tutora y asesora de tesis, que gracias a sus conocimientos, apoyo y paciencia hizo que aprendiera cosas nuevas que fortalecieron mi desarrollo académico y profesional en todos los aspectos.

A cada uno de los integrantes de los distintos Comités, que con sus sugerencias y observaciones enriquecieron este trabajo que el día de hoy veo concluido.

A la Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez y a la Dra. María Aracely Márquez Vega, las cuales integraron mi jurado de tesis.

A todos mis maestros de Posgrado de la FAEN/UANL que compartieron sus conocimientos y experiencias a través de las materias que cada uno impartió a lo largo de la Maestría y que al día de hoy culmino.

A los maestros que integran el Departamento de Enfermería en el Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDICS) por brindarme su apoyo.

Agradezco al MCE. Heriberto Loa Martínez por su gran apoyo brindado en todo momento a lo largo de esta Maestría y que sin él todo esto hubiera sido más difícil de lo que yo hubiera imaginado.

Agradezco al Lic. Eduardo Iván Alanís Dávila por sus sabios consejos y su gran apoyo brindado en todo momento durante mi paso por esta esta Facultad.

A mis compañeros de Licenciatura en Enfermería de la FAEN/UANL por brindarme su apoyo incondicional y ser parte de esta experiencia que estará marcado en el resto de mi vida.

## **Dedicatoria**

En primer lugar dedico este trabajo de Tesis a Dios, porque sin Él no hubiera sido posible llegar hasta aquí. Agradezco a Él por todo lo que me dio y por todo lo que me puso en el camino para que yo pudiera salir adelante, agradezco las fuerzas que me brindó para seguir adelante a pesar de todos los obstáculos. Le agradezco también sus formas de expresarme su amor, las cuales me hizo sentir que no estaba solo en este lugar donde no conocía a nadie en un principio que llegue a esta ciudad. Quedo totalmente e infinitamente agradecido con Él en todo momento y espero que siempre este conmigo a cualquier hora, momento y lugar que yo lo requiera.

Dedico este trabajo a mis señores padres, al Sr. José Alejandro Cruz Echavarría y a la Sra. Silvia del Carmen Ortíz Martínez, quienes son mi apoyo, soporte y fortaleza para seguir adelante en mis estudios; sin ellos no podría haber culminado mis estudios de Maestría, por lo que les estoy completamente agradecido, ya que ellos desde un principio confiaron en mí en todo momento y aun así de la distancia estuvieron presentes en mi corazón. Ahora les dedico esta Tesis porque yo sé que a ellos les enorgullece tanto como a mí haber terminado un grado académico más en mi vida. Gracias por ser parte de mí, de mi vida y de mi desarrollo profesional. Yo sé que ellos me aman tanto como yo los amo a ellos.

Dedico también este trabajo a mis hermanos Mario Alberto Cruz Ortíz y Víctor Hugo Cruz Ortíz por haberme brindado su apoyo y su amor en todo momento. Gracias por haber confiado en mí, ustedes son mi sustento para seguir adelante en este desarrollo profesional.

Dedico este trabajo a mí compañero, amigo y casi hermano el MCE. Heriberto Loa Martínez, quien desde un principio me enseñó a ser quien realmente soy. Le agradezco cada uno de los momentos que me brindó, hizo que este camino largo y pesado llamado Maestría fuera corto, ameno y muy divertido. Gracias amigo por todo

ese apoyo que me brindaste en las buenas y cuando más los necesitaba, yo sabía que desde el primer momento que te conocí seríamos grandes amigos y que jamás estaríamos separados uno del otro, además de que siempre podré confiar en ti y tu en mí en todo momento.

Dedico también este trabajo a mi amigo el Lic. Eduardo Iván Alanís Dávila por sus grandes conocimientos que me formaron como profesional, así como su gran amistad que me brindó en las buenas y en las malas, demostrándome así su gran lealtad como amigo. Gracias Iván por formar parte de mí vida.

A todos mis maestros del Posgrado y muy en especial a la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres por todos esos conocimientos, apoyo incondicional y paciencia que me brindó en los momentos que más los necesité. Agradezco todas las cosas nuevas que enseñó en mí, estaré agradecido por haber fomentado en mí el sueño de seguir adelante en todo lo que me proponga ya sea académicamente y profesionalmente.

Dedico esta tesis a todos mis amigos de Monterrey y en especial a los de Saltillo que estuvieron apoyándome en cada momento y situación en la que yo los necesitaba. Gracias por sus palabras de ánimo para que yo siguiera adelante y no retrocediera. Les agradezco su lealtad y compañerismo.

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	5
Estudios Relacionados	7
Definición de Términos	12
Objetivo General	13
Objetivos Específicos	13
Hipótesis	13
Capítulo II	
Metodología	14
Diseño del Estudio	14
Población, Muestra y Muestreo	14
Criterios de Eliminación	14
Instrumentos de Medición	15
Procedimiento de Recolección de Datos	18
Consideraciones Éticas	20
Estrategia de Análisis de Datos	21
Capítulo III	
Resultados	22
Características Sociodemográficas de los Participantes	22
Consistencia Interna de los Instrumentos	22
Datos Descriptivos de las Variables del Estudio	22
Capítulo IV	
Discusión	32
Limitaciones	40
Conclusiones	40

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Recomendaciones	41
Referencias	42
Apéndices	48
A. Consentimiento Informado	49
B. Asentimiento Informado	52
C. Cédula de Datos Personales	55
D. Preguntas Filtro	56
E. Escala de Percepción de riesgo al VIH	57
F. Escala de Percepción para evadir el riesgo	58
G. Escala de Autoeficacia para prevenir el sida	59
H. Escala de Autoeficacia sexual para evadir el riesgo	61

## Lista de Tablas

Tablas	Página
1. Consistencia Interna de los Instrumentos	23
2. Estadística descriptiva y resultados de la Prueba de Normalidad para las variables de estudio	23
3. Correlación de Spearman para la variable de Percepción de riesgo sexual y Autoeficacia sexual	26
4. Correlación de Spearman para la Percepción de riesgo sexual y Autoeficacia sexual por sexo	27
5. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de la Autoeficacia para prevenir el sida	28
6. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de la Autoeficacia para decir no a una relación sexual	29
7. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de la Autoeficacia para comunicarse con la pareja	29
8. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de la Autoeficacia para el uso del condón	30
9. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de la Autoeficacia sexual para evadir el riesgo	31

## RESUMEN

José Alejandro Cruz Ortíz  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Diciembre 2017

**Título del Estudio:** PERCEPCIÓN DE RIESGO Y AUTOEFICACIA SEXUAL EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA

Número de páginas: 61

Candidato para Obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

**LGAC:** Sexualidad Responsable y Prevención de ITS-VIH/SIDA

**Objetivo y Método de Estudio:** El objetivo general del estudio fue establecer si la Edad, el Sexo y la Percepción de riesgo sexual influyen en la Autoeficacia sexual de los adolescentes de secundaria. Los objetivos específicos fueron 1) Describir la Percepción de riesgo sexual en adolescentes, 2) Describir la Autoeficacia sexual en adolescentes y 3) Establecer la relación que existe entre la Percepción de riesgo sexual y la Autoeficacia sexual en adolescentes; además se formularon dos hipótesis donde a mayores niveles de Percepción de riesgo sexual en el sexo masculino, mayores niveles de Autoeficacia sexual; de igual forma con el sexo femenino. El diseño fue descriptivo correlacional, transversal. La población estuvo conformada por adolescentes de 24 escuelas secundarias técnicas de la ciudad de Monterrey, Nuevo León. El tamaño de la muestra se calculó utilizando el software NQuery Advisor, dando un total de 256 adolescentes; calculado para una Prueba de Regresión Lineal Múltiple con tres covariables, un nivel de significancia de .05, un tamaño de efecto de .05 y una potencia del 90%. El muestreo fue aleatorio por conglomerados unietápico, donde el conglomerado fue el grupo: del total de grupos que aceptaron participar, se seleccionaron únicamente 14 de manera aleatoria utilizando la función ALEATORIO del programa EXCEL.

**Conclusiones y Contribuciones:** La edad media de los adolescentes fue de 13.2 años ( $DE = .893$ ). El sexo femenino predominó con un 53.1%. En cuanto a los objetivos, los adolescentes presentaron baja Percepción de riesgo al VIH ( $M = 1.37$ ,  $DE = .54$ ). En la Percepción para evadir el riesgo se encontró una media ligeramente por encima del punto intermedio ( $M = 2.13$ ,  $DE = .76$ ); en cuanto a la Autoeficacia sexual, se encontraron medias por encima del punto intermedio en cada una de las sub escalas; es decir, que para la Autoeficacia para decir que no a una relación sexual fue de 3.54 ( $D = 1.40$ ), en la Autoeficacia para comunicarse con la pareja 3.61 ( $DE = 1.27$ ), en la Autoeficacia para el uso del condón 3.78 ( $DE = 1.08$ ) y en la Autoeficacia para evadir el riesgo 1.98 ( $DE = .787$ ). Los resultados indicaron que existe relación entre la Percepción para evadir el riesgo y la Autoeficacia para el uso del condón ( $r_s = -.215$ ,  $p < .01$ ) y la Autoeficacia sexual para evadir el riesgo ( $r_s = .641$ ,  $p < .01$ ).

En cuanto al objetivo general, la Edad influye en la Autoeficacia para decir que no a una relación sexual ( $\beta = .235, p < .001$ ); sin embargo, el Sexo y la Percepción para evadir el riesgo también influyen en la Autoeficacia sexual para evadir el riesgo ( $\beta = -.120, p < .05$ ;  $\beta = .577, p < .001$ ) respectivamente.

El estudio puede considerarse eficaz ya que puede contribuir de una manera significativa en el personal de Enfermería para la realización e implementación de programas enfocados en la promoción y prevención de la salud del adolescente; debido a que los adolescentes se consideran un grupo poblacional muy vulnerable.

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

## **Capítulo I**

### **Introducción**

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), es un problema que amenaza la salud pública a nivel mundial y no distingue edad, sexo, raza, ocupación, condición social, nivel socioeconómico o religión. En América Latina, existe un registro acumulado de 1.4 millones de personas que viven con el VIH y se estima que existen más de 2 mil nuevos padecimientos por este virus diariamente entre los adolescentes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). InfoSida (2016) refiere que el número de muertes ocasionadas por este virus ha estado en aumento en casi un 50% en los últimos siete años, siendo la población de 13 a 24 años de edad, lo que representa aproximadamente a dos de cada cinco diagnósticos nuevos; considerando a los adolescentes, como el grupo poblacional que más se ha visto afectado por el VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (sida).

De acuerdo a lo anterior, en 2016 la Organización Mundial contra el VIH/sida (UNAIDS) ha recomendado que es necesario empoderar a los adolescentes con estrategias clave en la respuesta al sida, para que estos asuman una sexualidad responsable y sean capaces de tomar decisiones acertadas que los lleven a mantener su salud sexual previniendo así las infecciones por el VIH u otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Por lo anterior, los adolescentes son considerados una pieza fundamental para que esta epidemia pueda llegar a su fin, ya que con ayuda de estrategias tales como campañas de prevención, asesoramiento y autocomprobación; e intervenciones ya existentes las cuales pueden ser transferidas de manera adecuada, se lograrían reducir el número de nuevas infecciones y muertes por esta causa hasta en un 90% para el año 2030. Estos datos apuntan a la transformación de la visión cero nuevas infecciones, cero discriminaciones y cero muertes relacionadas (UNAIDS, 2016).

En México, existe un registro epidemiológico compuesto por más de 223 mil personas portadoras del VIH, presentando una tasa de incidencia acumulada de 195

casos por cada 100 mil habitantes desde el año 1983 al 2015; por tal motivo las ITS son consideradas como una epidemia concentrada, debido a que sus tasas de prevalencia más altas se encuentran en ciertas poblaciones clave. Sin embargo, este problema puede ser aún más grave, ya que se estima que el sexo masculino es quien ha presentado el mayor porcentaje (80.2%) de infecciones, de las cuales el 34% se encuentran entre los 15 y 29 años de edad y se sabe que alrededor del 50% de las personas portadoras desconocen su estado serológico actual. Datos referidos por el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida (CENSIDA), 2015 refieren que el estado de Nuevo León se encuentra en el lugar número 20 en cuestión de prevalencias de VIH/sida a nivel nacional y se mantiene por debajo de la media estadística, con una tasa de incidencia acumulada de 150 casos por cada 100 mil habitantes.

Por tal motivo, se considera al VIH como un problema de salud que afecta a toda la población en general; sin embargo, no se descarta a los adolescentes y jóvenes como poblaciones vulnerables, debido a que tan solo en los últimos cinco años, el número de casos se han presentado en edades cada vez menores y esto los coloca en un riesgo elevado para adquirir el VIH, debido a que alrededor del 95.1% de los casos reportados se dieron por contagio sexual al practicar relaciones sexuales sin protección (CENSIDA, 2015).

Otros factores que influyen para que los adolescentes estén en mayor vulnerabilidad frente a la infección del VIH son sus prácticas sexuales de riesgo. Orcasita, Peralta, Valderrama y Uribe (2010) señalan que es muy común que los adolescentes practiquen relaciones sexuales sin protección; además, de que no percatan el número de parejas sexuales o el estado serológico de la persona con la que se tiene sexo. Por su parte García-Vega, Méndez, Fernández y Cuesta (2012) y así mismo Gayet y Gutiérrez (2014) afirman que la edad de inicio de la vida sexual es entre los 13 y 16 años de edad, por lo que destacan que la edad de inicio sexual es cada vez menor en los adolescentes, principalmente en el sexo femenino.

Villegas et al., (2013) concuerdan que dentro de esta etapa existen múltiples factores personales, familiares, socioculturales y psicológicos que pueden ser predictores de una conducta sexual de riesgo. Uno de los más destacados es la Autoeficacia, la cual es considerada como un factor personal cognitivo. Bandura (1997) define la Autoeficacia como: "la creencia en la propia capacidad de organizar y ejecutar las acciones necesarias para alcanzar los logros deseados." La Autoeficacia es considerada como uno de los principales predictores de la conducta sexual, debido a que la percepción que el adolescente tiene sobre su capacidad para prevenir conductas de riesgo sexual influye directamente en que esta conducta se lleve a cabo. Existe suficiente evidencia para afirmar que la Autoeficacia es un predictor importante de la conducta sexual. Orcasita, Peralta, Valderrama y Uribe (2010) identificaron que la Autoeficacia sexual influye en el uso del condón y en la habilidad del individuo para negarse a tener sexo inseguro. Villegas et al., (2013) refieren que los adolescentes con mayores niveles de Autoeficacia tienen mayor probabilidad de usar el condón para prevenir el contagio del VIH u otras ITS.

Considerando que las relaciones sexuales se dan a edades cada vez menores, es importante resaltar lo que refieren Redmond et al., (2015) quienes mencionan que la Autoeficacia no solo es la capacidad de creer que se puede llevar a cabo un comportamiento, sino que también ésta tiene que ver con la creencia que se tiene sobre el control de ciertas situaciones del entorno; además, Rossem y Meekers (2011) mencionan que la Autoeficacia para prevenir situaciones sexuales de riesgo influye también en la conducta y en la frecuencia del uso del condón. Es por esto que O'Leary et al., (2012) en su estudio definieron Autoeficacia sexual de manera más integral; incluyendo además de la capacidad percibida para negociar y usar el condón, la capacidad de los adolescentes para rechazar situaciones que los ponen en riesgo ante una conducta sexual no deseada. Autores como Sanders, Hill, Crosby y Jensen (2014) y Villegas et al., (2013) han identificado a la Autoeficacia como una variable que predice

a la conducta sexual, sin embargo, no se han podido establecer los factores que la predisponen.

La Teoría de la Motivación para la Protección (TMP) de Roger, 1983; explica que para que una persona pueda tomar una decisión para realizar una conducta, es necesario que perciba su vulnerabilidad a un riesgo. Esta teoría refiere que la vulnerabilidad percibida o Percepción de riesgo es un factor que influye en el comportamiento de las personas y que al combinarse con la Autoeficacia, motivan al individuo para protegerse de situaciones de riesgo.

Buzii, Smith, Weinman y Novello, (2013) en su estudio mencionan que aquellos adolescentes que se perciben con mayor riesgo, tienden a presentar mayores comportamientos de protección. La Percepción del riesgo es un inhibidor de la respuesta, pero es considerado como requisito previo para los determinantes de las intenciones de la conducta (Wolfers, de Zwart & Kok, 2011; Wusu, 2011); es decir, la Percepción se identifica como un proceso de contemplación, donde hay una mayor elaboración de las consecuencias y capacidades; y es aquí donde el individuo equilibra los pros y los contras de tal conducta que puede poner en riesgo su salud (Pajares & Urdan, 2006). Louw, Peltzer y Chirinda, (2012) mencionan que los adolescentes que tienen una Percepción baja sobre su riesgo para contraer una ITS, presentan menores niveles de Autoeficacia sexual. Sin embargo, esta relación es diferente de acuerdo al sexo del adolescente; ya que los hombres con una Percepción alta al riesgo de contagio tienden a presentar mayores niveles de Autoeficacia sexual que las mujeres (Macintyre, Rutenberg, Brown & Karim 2004).

De acuerdo a lo anterior se puede decir que la infección por el VIH es un problema que afecta a los adolescentes; además que la Autoeficacia sexual es considerada como un predictor importante de la conducta sexual; sin embargo, requiere ser abordada considerando no solo en la capacidad percibida del adolescente para realizar una práctica sexual, sino que además hay que conocer si los adolescentes son

capaces de prevenir el riesgo sexual. Por otra parte, también es importante conocer si la Percepción de riesgo sexual es un predictor de ésta, tal como lo maneja la Teoría de la Motivación para la Protección (TMP). Conocer esta relación sería de utilidad, ya que al identificar el riesgo en la población de adolescentes se podría analizar los factores potenciales y controlar el riesgo con acciones que comprendan, eviten, eliminen o reduzcan amenazas para la salud sexual (Nursing Interventions Classification [NIC], 2014; Nursing Outcomes Classification [NOC], 2014). Por tal motivo, el objetivo general de este estudio fue establecer si la Edad, el Sexo y la Percepción de riesgo sexual influyen en la Autoeficacia sexual de los adolescentes de secundaria.

### **Marco de Referencia**

Para guiar el presente estudio se utilizaron los conceptos de Vulnerabilidad y Autoeficacia de la Teoría de la Motivación para la Protección (TMP) propuesta por Rogers (1975, 1983), ya que se ha encontrado que estos conceptos han explicado de manera adecuada la adquisición de comportamientos saludables, ya que interactúan en la intención del cambio en las conductas.

La TMP fue desarrollada y formulada en base a ciertas teorías psicológicas, tales como; la Teoría de la motivación al logro, la Teoría de toma de decisiones, el Conductismo propositivo y la Teoría del aprendizaje social; además de que fue revisada a fondo para incluir el concepto de Autoeficacia (Maddux & Rogers, 1983). La TMP generalmente se ha utilizado en múltiples estudios de investigación enfocados a la salud, debido a que esta teoría trata de reducir las intenciones y conductas que pueden poner en riesgo la salud del individuo. Se considera que la TMP está conformada por variables cognitivas importantes que son predictoras para el cambio de la conducta.

Los procesos cognitivos que se emplean en esta teoría forman parte muy importante para este estudio, debido a que en ellos se toma en cuenta los conceptos de Vulnerabilidad y Autoeficacia.

La Vulnerabilidad es considerada un factor inhibitor que refiere a la percepción subjetiva del individuo sobre la probabilidad de contraer una enfermedad o que le ocurra una consecuencia por dicho padecimiento (Galvis-Rodríguez, 2012). La Percepción de riesgo de una enfermedad puede inhibir la probabilidad para llevar a cabo respuestas desadaptadas; es decir, este factor facilita la probabilidad para no llevar a cabo una acción planeada, debido a que la excitación que se produce con el miedo hace que se amplíe indirectamente la motivación por la protección, aumentando así el riesgo percibido y la vulnerabilidad a la enfermedad (Norman, Boer & Seydel, 1994).

Para fines de este estudio, el concepto de Vulnerabilidad empleado en la TMP fue empleado como Percepción de riesgo sexual, el cual se define como la percepción del adolescente acerca de su propia probabilidad de contraer el VIH, así como de su probabilidad de evadir el contacto pre sexual y las relaciones sexuales sin protección. Se considera que la Percepción de riesgo sexual en sí mismo, no es suficiente para que una persona conforme una intención; por lo que más bien, en esta fase el adolescente prepara el terreno para un proceso de contemplación y una mayor elaboración sobre las consecuencias y las capacidades, y es ahí donde se equilibran los pros y los contras de las consecuencias de una conducta determinada (Pajares & Urdan, 2006).

La Autoeficacia es considerada como factor facilitador que disminuye de cierta manera la probabilidad de una respuesta adaptativa que generalmente está determinada y forma parte de los factores inhibitorios de la respuesta. Este concepto refiere la expectativa individual del adolescente en el que adoptar un comportamiento recomendado ayudará a reducir la amenaza o daño de la enfermedad. (Galvis-Rodríguez, 2012). Por tal motivo se utilizó el concepto de Autoeficacia empleado en la TMP como factor facilitador de la respuesta.

La Autoeficacia se define como la creencia personal sobre la propia capacidad para ejecutar una acción (Galvis-Rodríguez, 2012), donde una conducta adaptativa es realizada por las creencias para la reducción de la amenaza y por la expectativa que esta

puede desarrollar para ejecutar un consejo de adaptación (Norman, Boer & Seydel, 1994). Para fines de este estudio, el concepto de Autoeficacia fue empleado como Autoeficacia sexual, la cual se define como la creencia de los adolescentes acerca de su propia capacidad para decir que no a una relación sexual, comunicarse con la pareja, usar el condón, evadir las relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol u otras drogas; así como para rechazar eventos que los puedan conducir a una conducta sexual de riesgo.

Pajares y Urdan (2006) refieren que la persona al creer en sí mismo, puede conducir a la capacidad para llevar a cabo una acción deseada, de lo contrario se producirá un error para iniciar la acción y por lo tanto las expectativas de resultados funcionan en acuerdo con la autoeficacia percibida, contribuyendo considerablemente a la formación de una intención. Por tal motivo y para fines de este estudio el objetivo de este estudio fue establecer si la Edad, el Sexo y la Percepción de riesgo sexual influyen con la Autoeficacia sexual de los adolescentes de secundaria.

### **Estudios Relacionados**

A continuación se presentan estudios de tipo descriptivo y correlacional, sobre las variables de Percepción de riesgo sexual y de Autoeficacia sexual.

Wusu (2011), realizó un estudio en la Metrópolis de Lagos, Nigeria. El objetivo de este estudio fue analizar la asociación entre los diferentes niveles de Percepción de riesgo al VIH y sus razones para percibirse en riesgo con la conducta sexual. La muestra estuvo conformada por 1026 adolescentes de entre 15 y 19 años de edad. Los resultados indican que el 70% de los hombres y el 65% de las mujeres se percibían en bajo riesgo en cuanto al VIH.

Tarkang (2014), realizó un estudio en Camerún, con el propósito de comprender la Percepción de riesgo de contraer el VIH y los factores asociados con la Percepción de riesgo entre las estudiantes del sexo femenino. La muestra estuvo integrada por 210 adolescentes de una escuela secundaria rural de Mbonge, Camerún.

Los resultados indicaron que aquellos que se perciben con bajo riesgo de contraer VIH, son más propensos a no percibir que el VIH/sida es una amenaza ( $X^2= 66.77, p< .001$ ) y que perciben que el VIH es una enfermedad como cualquier otra ( $X^2= 32.86, p< .001$ ).

Buzi, Smith, Weinman y Novello (2013), realizaron un estudio en Estados Unidos de América con el objetivo de evaluar el impacto de la Autoeficacia con el bienestar individual, interpersonal y los factores contextuales de la Percepción de riesgo al VIH. La muestra estuvo conformada por 426 mujeres adolescentes que asistían a las clínicas de planificación familiar, de las cuales el 60.1% eran afroamericanos y el 39.9% hispanas. Los resultados refieren que aquellos que se perciben sin riesgo al contagio tienen mayor probabilidad de estar totalmente seguros de poder usar un condón correctamente ( $50.6\%$ ;  $X^2_{[4]}= 15.58, p= .004$ ).

Buzi, Weinman y Smith (2015), realizaron un estudio en Estados Unidos de América con el objetivo de valorar cómo las relaciones sexuales forzadas afectan la capacidad de las mujeres para evaluar la Percepción de riesgo sexual. La muestra estuvo conformada por 283 adolescentes mujeres que asistían a las clínicas de planificación familiar. Los resultados refieren que aquellas mujeres que se percibían con un riesgo medio al VIH (80.5%) tenían menor probabilidad de estar listas para llevar a cabo una relación sexual en comparación a las que se percibían con bajo riesgo al VIH (94.2%) a sentirse totalmente seguras para mantenerse sin tener sexo al no sentirse seguras ( $X^2= 10.49, p= .033$ ) y estas tenían menor probabilidad de estar totalmente seguras de mantenerse sin tener sexo con alguien con quien están saliendo (medio riesgo= 56.1% vs. bajo riesgo= 82.6%;  $X^2= 15.70, p= .033$ ). También tenían menor probabilidad que las de bajo y alto riesgo (medio riesgo= 70.7% vs. bajo riesgo= 90.8% y 87.0%;  $X^2= 17.56, p=.002$ ) a estar totalmente seguras de que podían usar o explicar a su pareja como usar el condón correctamente, de ir a la tienda a comprarlos

(medio riesgo= 80.5% vs. bajo riesgo= 93.2% y 95.7%;  $X^2= 10.19$ ,  $p= .037$ ) y podrían tener un condón con ellas una vez que decidieran tener sexo

(medio riesgo= 51.2% vs. bajo riesgo= 75.8% y 73.9%;  $X^2= 11.50$ ,  $p= .021$ ).

Macintyre, Rutenberg, Brown y Karim (2004), llevaron a cabo un estudio en Sudáfrica con el objetivo de identificar en los adolescentes los factores que influían en la Percepción de riesgo al VIH. La muestra estuvo conformada por 2 716 adolescentes de 14 a 22 años de edad. Los resultados indican que en el sexo masculino la Autoeficacia para usar un condón se asoció con una mayor Percepción individual al riesgo de contagio de VIH ( $OR= 2.02$ ,  $IC= 1.40-2.91$ ,  $p < .001$ ).

Louw, Peltzer y Chirinda (2012), desarrollaron un estudio en Sudáfrica con el objetivo de examinar los factores asociados con la reducción de riesgo de contagio de VIH y la Autoeficacia. La población estuvo conformada por adolescentes de entre 15 y 24 años de edad en cuatro provincias del país. Los resultados refieren que en hombres como en mujeres que se percibían en bajo riesgo, tenían una mayor probabilidad de presentar niveles altos de Autoeficacia sexual ( $OR= 1.45$ ,  $IC= 1.04-2.02$ ,  $p < .05$ ;  $OR= 2.26$ ,  $IC= 1.25-4.09$ ,  $p < .01$ ).

Sychareun, Thomsen, Chaleunvong y Faxelied (2013), hicieron un estudio con el objetivo de explorar las Percepciones del riesgo relacionadas con el VIH/sida e identificar los factores asociados con el riesgo percibido entre los adolescentes de la provincia de Luangnamtha localizada en el país de Laos. La muestra estuvo conformada por 483 adolescentes con edades que oscilaban entre los 14 y 19 años de edad. Los resultados refieren que la media estadística para la Autoeficacia no se asoció con los diferentes niveles de riesgo percibido para contraer VIH/sida (Sin riesgo: 29.3,  $DE= 12.67$ , bajo: 33.2,  $DE= 12.08$ , mediano: 31.6,  $DE= 10.21$ , alto: 30.2,  $DE= 14.04$ ;  $OR= 1.01$ ,  $IC: .99 - 1.03$ ,  $p > .05$ ).

Sanders, Hill, Crosby y Jensen (2014), llevaron a cabo un estudio en Estados Unidos de América con el objetivo de examinar la Autoeficacia en el uso del condón.

La muestra estuvo conformada por 479 hombres de 18 a 24 años de edad. Los resultados indican que el 50.8% de los hombres encuestados presentaron niveles bajos de Autoeficacia en el uso correcto del condón, el 58.6% presentaron Autoeficacia para ponerse un condón de manera correcta y el 57.6% reportaron tener la capacidad de acceder a un condón cuando estos lo requieren.

Cheng, Hamilton, Missari y Kuo-Hsun (2014), realizaron un estudio longitudinal en los Estados Unidos de América con el objetivo de examinar la Autoeficacia sexual en relación a las expectativas del placer sexual de las niñas adolescentes. La muestra estuvo conformada por 20 745 estudiantes del séptimo al décimo segundo grado de escolaridad. Los resultados indican que los adolescentes que tienen relaciones sexuales antes o a los 16 años, presentan mayores expectativas de Autoeficacia sexual en comparación a otros ( $b = .077, p < .01$ ), así como estudiantes con promedios escolares sobresalientes reportan niveles altos de Autoeficacia en comparación a otros ( $b = .089; p < .01$ ).

Villegas et al, (2013) realizaron un estudio al sur de Florida, Estados Unidos. El objetivo fue evaluar si los factores como la edad, vivir con una pareja, el conocimiento relacionado con el VIH y la autoestima eran factores predictores a la Autoeficacia en la prevención del VIH. La muestra estuvo conformada por 548 mujeres del sur del estado de Florida en los Estados Unidos. Los resultados indican que las edades menores en los participantes se asociaron con altos niveles de Autoeficacia para la prevención del VIH ( $b = - 0,04, p < .05$ ).

O'Leary et al, (2012) realizaron un estudio en Sudáfrica, con el propósito de identificar los moderadores de la Autoeficacia, así como las variables mediadoras del comportamiento sexual como la abstinencia y el sexo sin protección en los últimos 3 meses. La muestra estuvo conformada por 1057 adolescentes de 9 a 18 años de edad pertenecientes a Mdantsane y Berlín, África del Sur. Los resultados indican que las media estadísticas son bajas en torno a la Autoeficacia para evadir situaciones de riesgo de tipo sexual ( $M = 1.93, DE = .05, Min = 1, Max = 4$ ).

En síntesis, los estudios relacionados mencionados fueron realizados en los países de Estados Unidos de América, Sudáfrica, Laos, Nigeria y Camerún; sin embargo en base a la búsqueda de la mejor literatura, no se encontraron estudios realizados en población mexicana o con características similares.

En cuanto a la Percepción de riesgo sexual los estudios indicaron que las mujeres que se perciben con riesgo medio al VIH, son menos propensas de negarse a tener sexo si éstas no están preparadas para el acto sexual, son menos probables de negociar el uso del condón o explicar a la pareja de cómo usarlo correctamente, en comprar condones y portar un condón una vez que se decide tener sexo; lo cual las hace más propensas y vulnerables a conductas de riesgo. Sin embargo, los hombres reportan alta Percepción de riesgo sexual cuando se tiene sexo sin protección o cuentan con múltiples parejas sexuales ocasionales, pero no existe evidencia suficiente que sustente esta diferencia de acuerdo al sexo.

Los estudios que se relacionaban con la Autoeficacia indicaron que la edad y la escolaridad son factores que conllevan a presentar mayores expectativas de eficacia sexual. Estudios reportaron que existen niveles bajos de Autoeficacia para el uso correcto del condón, para ponerse el condón y para acceder a ellos. En relación al sexo femenino, al no vivir con la pareja sexual y tener una autoestima alta se asoció con niveles altos de Autoeficacia sexual. En cuanto a los estudios que relacionaban la Percepción de riesgo sexual y la Autoeficacia sexual se encontró que los individuos que se perciben en bajo riesgo de contraer el VIH, tienen mayor probabilidad de presentar niveles altos de Autoeficacia para reducir el riesgo, ya que los individuos al percibirse sin riesgo tienen una mayor probabilidad de ser autoeficaces para el uso de condón. En cuanto al sexo, la Autoeficacia para el uso del condón se asoció significativamente con los hombres.

De acuerdo a lo anterior se puede decir que aún no existe suficiente evidencia para establecer una asociación entre la Percepción de riesgo sexual y la Autoeficacia

sexual. Además de que no se puede concluir si existen diferencias de esta relación entre el sexo y la edad; sin embargo, en base a la literatura existente, no se ha estudiado la Autoeficacia sexual y su relación con los predictores de la conducta, como lo es la Percepción de riesgo sexual.

### **Definición de Términos**

A continuación se presentan las definiciones de los términos que se emplearon en el presente estudio.

Percepción de riesgo sexual. Para fines de este estudio, el término de Percepción de riesgo sexual incluyó dos tipos de percepción.

Percepción de riesgo al VIH, la cual se define como la percepción del adolescente, acerca de su probabilidad de contraer el VIH.

Percepción para evadir el riesgo, la cual se define como la percepción del adolescente acerca de su probabilidad de evadir el contacto pre sexual y las relaciones sexuales sin protección. Para evaluar la Percepción de riesgo sexual se utilizaron dos instrumentos, la Escala de Percepción de riesgo al VIH (Napper, Fisher & Reynolds, 2011) y la Escala para evadir el riesgo (Marin Gómez, Coyle & Kirby, 2001).

Autoeficacia sexual. La Autoeficacia sexual incluye dos tipos de autoeficacia.

Autoeficacia para prevenir el sida, la cual se define como la creencia de los adolescentes acerca de su propia capacidad para decir que no a una relación sexual, comunicarse con su pareja, usar el condón y evadir las relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol u otras drogas.

Autoeficacia para evadir el riesgo, la cual se define como la creencia de los adolescentes acerca de su propia capacidad para rechazar eventos que los puedan conducir a una conducta sexual de riesgo. Para la medición de este término se utilizó la Escala de Autoeficacia para prevenir el sida (López-Rosales y Moral-de la Rubia, 2001) y la Escala de Autoeficacia sexual (Marin, Coyle, Gomez, Carvajal & Kirby, 2001).

Sexo. Se refiere a como se identifica el adolescente biológicamente en cuanto a su sexo y este puede ser masculino o femenino. Para la medición de este término se utilizó una cédula de datos sociodemográficos, en la cual se incluyó una pregunta con opción de respuesta dicotómica.

Edad. Se refiere a los años cumplidos que el adolescente indicó en el momento del estudio. Para la medición de este término se utilizó una cédula de datos sociodemográficos, en la cual se incluyó una pregunta con opción de respuesta abierta.

### **Objetivo General**

Establecer si la Edad, el Sexo y la Percepción de riesgo sexual influyen en la Autoeficacia sexual de los adolescentes de secundaria.

### **Objetivos Específicos**

1. Describir la Percepción de riesgo sexual en adolescentes.
2. Describir la Autoeficacia sexual en adolescentes.
3. Establecer la relación que existe entre la Percepción de riesgo sexual y la Autoeficacia sexual en adolescentes.

### **Hipótesis**

H1: A mayores niveles de Percepción de riesgo sexual en el sexo masculino, mayores niveles de Autoeficacia sexual.

H2: A mayores niveles de Percepción de riesgo sexual en el sexo femenino, mayores niveles de Autoeficacia sexual.

## **Capítulo II**

### **Metodología**

En este capítulo se describe la metodología del estudio. Se presenta el diseño del estudio, la población, la muestra, el muestreo, los criterios de eliminación, los instrumentos de medición, el procedimiento de recolección de datos, las consideraciones éticas y la estrategia de análisis de datos.

#### **Diseño del Estudio**

Para fines del presente estudio se utilizó un diseño de tipo descriptivo correlacional (Burns & Grove, 2009). Descriptivo porque se identificó la Percepción de riesgo sexual y la Autoeficacia sexual; y de tipo correlacional, ya que se identificó la relación que existe entre la Percepción de riesgo sexual y la Autoeficacia sexual en adolescentes. Además es considerado de tipo transversal debido a que los datos se recolectaron en un tiempo determinado (Polit & Hungler, 1999).

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

La población estuvo conformada por adolescentes de 24 secundarias técnicas de la ciudad de Monterrey, Nuevo León. El tamaño de la muestra se calculó utilizando el software NQuery Advisor, dando un total de 256 adolescentes; calculado para una Prueba de Regresión Lineal Múltiple con tres covariables, un nivel de significancia de .05, un tamaño de efecto de .05 y una potencia del 90%. El muestreo fue aleatorio por conglomerados unietápico, donde el conglomerado fue el grupo. Del total de grupos que aceptaron participar, se seleccionaron únicamente 14 grupos de manera aleatoria utilizando la función ALEATORIO del programa EXCEL.

#### **Criterios de Eliminación**

Adolescentes embarazadas, lo cual fue evaluado por medio de una pregunta filtro al iniciar el llenado de la encuesta.

Adolescentes (hombres y mujeres) que en el momento del llenado de los instrumentos vivían en el mismo lugar con su pareja. Se evaluó por medio de una pregunta filtro al iniciar el llenado de la encuesta.

### **Instrumentos de Medición**

Para la descripción de los datos de los participantes, se utilizó una cédula de datos personales (Apéndice C); donde se incluyó datos como el sexo, la edad y preguntas donde se les cuestionó si habían tenido relaciones sexuales orales, vaginales o anales. Con el fin de conocer la edad de inicio sexual, así como de identificar la práctica sexual de los participantes del estudio. Además se utilizó una serie de preguntas filtro (Apéndice D) donde se les cuestionó sobre su estado sentimental actual y alguna situación de embarazo para ambos sexos. Con el fin de conocer si se encontraban en alguna relación sentimental o si en ese momento se encontraban embarazadas dado el caso de ser mujeres o en el caso de los hombres si su pareja se encontraba embarazada para poder así implementar los criterios de eliminación que se plantearon en el estudio, debido a que esto podría afectar en la Percepción de riesgo sexual de los adolescentes.

### **Percepción de riesgo sexual**

Para medir la Percepción de riesgo sexual se utilizaron dos instrumentos, uno para medir la Percepción de riesgo al VIH (Apéndice E) y otro para medir la Percepción para evadir el riesgo (Apéndice F), mismos que se describen a continuación. Para evaluar la Percepción de riesgo al VIH se utilizó el instrumento de Napper, Fisher y Reynolds (2011) traducido al español y adaptado por Guerra-Ordoñez y Benavides-Torres (2016). Este instrumento tuvo como objetivo evaluar cómo los individuos piensan y perciben el riesgo de infectarse de VIH en base al comportamiento sexual en las diferentes dimensiones de la percepción del riesgo; incluyendo evaluaciones cognitivas, intuitivas y del riesgo. La escala está constituida por 10 ítems

El cuestionario tiene 7 formas distintas de respuesta tipo. Para su análisis total, las respuestas se compactaron de 0 a 3; teniendo como puntaje mínimo 0 y máximo de

30. La escala muestra que a mayor puntaje obtenido, mayor Percepción de riesgo al VIH. La forma en la que se compactan las respuestas son las siguientes: en el ítem 1 las respuestas se compactan de la siguiente manera: el 0 = muy improbable, 1 = improbable, 2 = ni improbable/ ni probable y 3 = probable/ muy probable.

En el ítem 2, las respuestas se compactan de la siguiente manera: 0 = nunca, 1 = rara vez, 2 = a veces, y 3 = muchas veces/siempre. En el ítem 3 las respuestas se compactan de la siguiente manera: el 0 = muy difícil, 1 = difícil, 2 = fácil y 3 = muy difícil. En el ítem 4 las respuestas se compactan de la siguiente manera: el 0 = nada preocupado, 1 = un poco preocupado, 2 = medianamente preocupado y 3 = muy preocupado/ extremadamente preocupado. En los ítems 5, 6, 7 y 8 las respuestas se compactan de la siguiente manera: 0 = muy en desacuerdo/ en desacuerdo, 1 = en desacuerdo, 2 = algo de acuerdo y 3 = de acuerdo, muy de acuerdo.

En el ítem 9 las respuestas se compactan de la siguiente manera: el 0 = cero/ casi cero, 1 = pequeñas, 2 = moderadas y 3 = grandes/ muy grandes; y por último el ítem 10 las respuestas se compactan de la siguiente manera: 0 = nunca pienso, 1 = rara vez pienso, 2 = a veces pienso y 3 = a menudo pienso. Solo en los ítems 5 y 6 las respuestas se recodifican para invertir los valores de respuesta. Un ejemplo de pregunta es: ¿Imaginar que contraigo VIH es algo que me resulta?, con opciones de respuesta desde: Muy difícil a Muy fácil. Otro ejemplo de pregunta es: ¿Qué tan probable es que se pueda contagiar con el VIH?, con opciones de respuesta de: Muy improbable a Muy probable. La Escala de Percepción de riesgo al VIH ha mostrado confiabilidad y validez aceptables ( $\alpha=.88$ ; test re-test,  $r=.63$ ;  $p<.001$ ).

Para valorar la Percepción para evadir el riesgo se utilizó la Escala de Percepción para evadir el riesgo de Marín, Gómez, Coyle y Kirby (2001). Este instrumento tiene como objetivo evaluar las motivaciones de los adolescentes para tener sexo. Esta escala está constituida por 5 ítems. Un ejemplo de pregunta es: ¿Dejarías que te bese en los labios? con opción de respuesta tipo Likert que va de 1 = definitivamente no, hasta 4 =

definitivamente sí; donde, a mayor puntaje obtenido es menor la Percepción para evadir el riesgo. Puntajes mayores indican menor Percepción para evadir el riesgo sexual. Esta escala ha mostrado coeficientes Alfa de Cronbach de .79 (Hernández de la Cruz, 2014).

### **Autoeficacia sexual**

Para valorar la Autoeficacia sexual se utilizaron dos instrumentos, uno para medir la Autoeficacia para prevenir el sida (Apéndice G) y otro para medir la Autoeficacia sexual (Apéndice H), mismos que se describen a continuación.

Se utilizó el cuestionario SEA-27 de López-Rosales y Moral-de la Rubia (2001) para medir la Autoeficacia para prevenir el sida. Este instrumento tiene como objetivo evaluar la autoeficacia del individuo desde el punto de vista de la teoría sociocognitiva de Bandura; en tres aspectos de la conducta relacionada con el sexo, la capacidad para decir que no al sexo bajo distintas circunstancias, la capacidad percibida para preguntar al compañero sexual sobre las relaciones sexuales y otras conductas de riesgo; y por último la capacidad percibida del individuo para adquirir y utilizar correctamente el condón. Esta escala cuenta con tres sub escalas que dan un total de 27 ítems. Las formas de respuesta son de tipo Likert y van de 1= nada seguro a 5=totalmente seguro. Las puntuaciones totales van en un rango de 27 a 135, dónde a puntajes mayores indican mayores niveles de Autoeficacia sexual.

La primera sub escala tiene como objetivo identificar la capacidad de decir que no a una relación sexual; y está constituida por los primeros 11 ítems del instrumento, la segunda sub escala consta de 4 ítems marcados desde la pregunta 12 a la 15 y tiene como objetivo evaluar la capacidad de comunicarse con la pareja; y por último la tercera sub escala compuesta por 12 ítems, correspondientes de la pregunta 16 a la 27 cuyo objetivo es evaluar el uso del condón. Un ejemplo de pregunta es: ¿Qué tan seguro esta de ser capaz de decir no, cuando te proponen tener relaciones sexuales? La escala tiene datos de confiabilidad aceptables, Alfa de Cronbach de .89 para la escala total y de .75

a .92 para cada una de las sub-escalas. También cuenta con validez discriminante, definida para una técnica de rotación ortogonal (Varimax).

Para valorar la Autoeficacia sexual se utilizó la Escala de Autoeficacia sexual (Marín, Coyle, Gómez, Carvajal & Kirby, 2001). Este instrumento tiene como objetivo evaluar las motivaciones de los adolescentes para tener sexo. Esta escala está constituida por 10 ítems. Un ejemplo de pregunta es: ¿Podrías detenerlo(a) si te quiere besar en los labios?, con opción de respuesta tipo Likert que va de 1 = definitivamente si podría, hasta 4 = definitivamente no podría. El puntaje para esta escala oscila entre 10 y 40, donde a menor puntaje mayor Autoeficacia para evadir el riesgo. No se cuentan con datos de confiabilidad y validez para esta escala, mismos que fueron calculados y son presentados en la sección de resultados.

### **Procedimiento de Recolección de Datos**

Para la realización del presente estudio se solicitó la aprobación de los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Una vez que se logró la autorización por estos comités, se acudió a 24 secundarias técnicas pertenecientes en la ciudad de Monterrey, Nuevo León. Estas fueron identificadas por medio de las listas de secundarias del Estado. Se solicitó la autorización de los directivos correspondientes para la realización del proyecto de investigación.

Una vez que se obtuvo la aprobación por parte de las autoridades pertinentes de cada escuela seleccionada, se les solicitó el número de grupos de cada una de ellas, con el propósito de seleccionar solamente 14 grupos de manera aleatoria utilizando la opción ALEATORIO del programa EXCEL. Una vez que se obtuvieron los grupos, se acudió nuevamente a la institución y se acordó con los directivos un horario que no afectó con las actividades académicas. Se acudió en un primer momento con los alumnos y se les invitó a participar en el proyecto, en ese momento se les explicó el propósito.

No se eliminó a ningún participante en el proyecto ya que ningún adolescente cumplió con los criterios de eliminación antes propuestos. Se les hizo saber que era completamente confidencial, debido a que en los instrumentos que se utilizaron para la recolección de los datos no llevaron su nombre y fueron depositados en una urna que se mantuvo dentro del lugar de la aplicación. Se les explicó que al formar parte de la investigación no correrían ningún riesgo y además no tendrían beneficio alguno con participar. Después se les informó, que en el momento en el que se sintieran incómodos o indispuestos podrían retirarse, o simplemente podrían suspender por un momento la aplicación para posteriormente continuar o en definitiva retirarse cuando lo desearan; se les hizo saber que no habría ninguna repercusión en calificaciones, maestros o autoridades educativas.

Una vez que se realizó la invitación, se le proporcionó a los alumnos de los grupos seleccionados, el Consentimiento Informado (Apéndice A) el cual llevaron a su casa y fue firmado por sus padres o tutores para la aprobación de su participación en el proyecto; así como un Asentimiento Informado (Apéndice B) el cual fue firmado por el estudiante donde refirió estar de acuerdo en participar en el estudio. Se acordó con los alumnos que la entrega de ambos documentos sería al día posterior de la invitación debidamente firmados. Se presentaron casos en los que no llevaron consigo los documentos autorizados, por lo cual se volvió a ir un segundo, tercer y cuarto día consecutivo por ellos; los alumnos que definitivamente no lo llevaron firmado se eliminaron del estudio de manera automática. Se estimó que más de un 30% de los participantes se rehusó a participar en el estudio por la falta de aceptación de los padres al estudio.

El día del llenado de los instrumentos se les solicitó al personal directivo un aula para la aplicación de los instrumentos, además se les solicitó la ayuda a los maestros para que estuvieran presentes en el aula a la hora del llenado de los instrumentos para que pudieran controlar al grupo seleccionado y no hubiera desorden y por consecuente

fuentes de distracción para quienes estaban contestando los instrumentos. Esto se hizo debido a que en la prueba piloto fue un factor importante para que los alumnos no pusieran atención en la forma del llenado de los instrumentos. Una vez que los alumnos y el maestro encargado en ese momento del grupo estuvieron en el aula, se les proporcionó los instrumentos (Apéndices C, D, E, F, G y H) y un código de identificación para el llenado; se les dio la bienvenida y se les explicó la forma de depositar los instrumentos en la urna al finalizar; además, se les explicó detalladamente el llenado de estos. Se les hizo saber nuevamente todos los criterios de confidencialidad y privacidad. Finalizado el llenado de los instrumentos se les dio las gracias tanto a alumnos como al personal docente y directivo de la institución a la que pertenecían.

### **Consideraciones Éticas**

Este estudio estuvo apegado al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987) que establece los lineamientos y principios generales a los que se debe someter la Investigación Científica.

Se consideró el título segundo, los aspectos éticos de la investigación en seres humanos haciendo énfasis en los artículos siguientes, donde en todo momento prevaleció el criterio de respeto a la dignidad y a la protección de los derechos y bienestar (Artículo 13). El investigador entregó un consentimiento informado y un asentimiento por escrito a cada uno de los participantes, mismos que fueron firmados por el padre o tutor y por el adolescente (Artículo 14, Fracción V).

Se contó con el dictamen favorable de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Artículo 14, fracción VII). Se procedió a aplicar el instrumento a los participantes cuando se obtuvo la autorización de las escuelas participantes (Artículo 14, Fracción VIII), se mantuvo el anonimato de los participantes en la investigación, se omitió su identidad y se aplicó los cuestionarios en su área privada, manteniendo los pupitres alejados lo suficiente para que no vieran las respuestas unos de otros (Artículo 16).

Esta investigación fue de riesgo mínimo debido a que se abordaron aspectos que pudieron producir incomodidad al hablar de temas sexuales (Artículo 17, Fracción II). Los participantes recibieron una explicación clara y completa de la investigación (Artículo 21). Se les explicó que podrían realizar preguntas si no hubiera claridad e incluso tuvieron la libertad de retirarse del estudio sin afectar su situación académica dentro del plantel (Artículo 21, Fracción VII y Artículo 58, Fracción I). Los resultados del estudio no fueron utilizados para causar daño a los participantes (Artículo 58, Fracción II).

### **Estrategia de Análisis de Datos**

Los datos fueron analizados en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21 para Windows®. Previo al análisis de los objetivos, se procedió a verificar si las variables contaban con distribución normal por medio de la Prueba de bondad de Kolmogorov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors; no obstante los datos presentaron una distribución no paramétrica. Para cumplir con el objetivo general del estudio, el cual fue establecer si la Edad, el Sexo y la Percepción de riesgo sexual influyen en la Autoeficacia sexual; se utilizaron Modelos de Regresión Lineal Múltiple para cada sub escala de la Autoeficacia sexual como variable dependiente, incluyendo la Edad, el Sexo y la Percepción de riesgo sexual como variables independientes.

Para responder a los objetivos específicos uno y dos, los cuales tenían como propósito describir la Percepción de riesgo sexual y la Autoeficacia sexual en adolescentes, se utilizó estadística descriptiva, como medias, medianas, desviación estándar, frecuencias y porcentajes. Para cumplir con el objetivo específico tres, el cual tuvo como propósito establecer la relación que existe entre la Percepción de riesgo sexual y la Autoeficacia sexual en adolescentes; así como para las hipótesis uno y dos, se utilizó una correlación de Spearman, debido a que los datos no contaron con una distribución normal.

## Capítulo III

### Resultados

En el presente capítulo se muestran los principales hallazgos del estudio. Al inicio se describen las características sociodemográficas de los participantes, posteriormente el análisis de la consistencia interna de cada uno de los instrumentos utilizados, así como la estadística descriptiva para cada una de las variables y las pruebas de normalidad. Finalmente se presentan los resultados de las pruebas estadísticas para los objetivos e hipótesis planteados.

#### Características Sociodemográficas de los Participantes

La muestra estuvo integrada por 256 adolescentes de secundaria técnica del municipio de Monterrey, Nuevo León. La edad en años cumplidos de los participantes osciló entre los 12 y 15 años ( $M= 13.21$ ,  $DE= .893$ ). El 53.1% de los adolescentes encuestados fueron del sexo femenino, siendo este el que predominó en el estudio. En cuanto al grado escolar el 47.3% cursaban el segundo grado de educación secundaria, seguido de primer año con un 34.8% y finalmente de tercer año con un 18%. En cuanto al estado civil el 73.8% manifiesta encontrarse soltero. Asimismo; respecto a la conducta sexual se encontró que el 94.5% de los adolescentes encuestados no realizaban sexo oral; 93.4% sexo vaginal y 95% sexo anal respectivamente.

#### Consistencia Interna de los Instrumentos

Previo al análisis estadístico se analizó la consistencia interna de los instrumentos: Escala de Percepción de riesgo al VIH, Escala de Percepción para evadir el riesgo; ambos para medir la Percepción de riesgo sexual. Así como la Escala de Autoeficacia para prevenir el sida y la Escala de Autoeficacia sexual para medir la Autoeficacia sexual de los adolescentes. En la tabla 1 se muestran los Coeficientes de Confiabilidad Alpha de Cronbach, los cuales presentaron coeficientes de confiabilidad aceptables excepto la Escala de Percepción de riesgo al VIH con puntajes menores a los aceptados (Polit & Hungler, 2000).

Tabla 1

*Consistencia Interna de los Instrumentos*

Instrumentos	Ítems	Alpha de Cronbach
Percepción de riesgo sexual		
Percepción de riesgo al VIH	10	.657
Percepción para evadir el riesgo	5	.854
Autoeficacia sexual		
Autoeficacia para decir que no a una relación sexual	11	.966
Autoeficacia para comunicarse con la pareja	4	.855
Autoeficacia para el uso del condón	10	.915
Autoeficacia sexual para evadir el riesgo	10	.917

Nota:  $n = 256$ **Datos Descriptivos de las Variables del Estudio**

Tabla 2

*Estadística descriptiva y resultados de la Prueba de Normalidad para las variables del estudio*

Variable	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>D<sup>a</sup></i>	<i>p</i>
Percepción de riesgo sexual							
Percepción de riesgo al VIH	1.37	1.40	.544	.00	2.8	.062	.019
Percepción para evadir el riesgo	2.13	2.0	.767	1.00	4.0	.116	.001

Nota: *M*= Media aritmética, *Mdn*= Mediana, *DE*= Desviación estándar, *D<sup>a</sup>*= Estadístico de prueba de normalidad K-S con corrección de Lilliefors, *p*= significancia.

(Continúa)

(Continuación)

<i>Variable</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>D<sup>a</sup></i>	<i>p</i>
Autoeficacia sexual							
Autoeficacia para decir que no a una relación sexual	3.54	4.00	1.40	1.00	5.00	.156	.001
Autoeficacia para comunicarse con la pareja	3.61	4.00	1.27	1.00	5.00	.159	.001
Autoeficacia para el uso del condón	3.78	4.00	1.08	1.00	5.00	.130	.001
Autoeficacia sexual para evadir el riesgo	1.98	1.80	.787	1.00	4.00	.124	.001

Nota: *M*= Media aritmética, *Mdn*= Mediana, *DE*= Desviación estándar, *D<sup>a</sup>*= Estadístico de prueba de normalidad K-S con corrección de Lilliefors, *p*= significancia.

En la tabla 2 se muestra la estadística descriptiva y el resultado de la Prueba de Kolmogorov- Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors para las variables de Percepción de riesgo sexual y Autoeficacia sexual, la cual muestra que los datos no se distribuyen normalmente.

Para dar respuesta al objetivo específico 1, el cual tuvo como propósito describir la Percepción de riesgo sexual en adolescentes, se reporta lo siguiente. Se encontró una media de 1.37 (*DE*= .54), misma que se encuentra ligeramente debajo del punto intermedio. En el caso de la Percepción para evadir el riesgo se encontró una media ligeramente por encima del punto intermedio de *M*= 2.13 (*DE*= .767). La prueba de normalidad aplicada sobre ambas escalas muestra que no se distribuyeron normalmente los datos (*D<sup>a</sup>*= .062, *p* < .019; *D<sup>a</sup>*= .116, *p* < .001; respectivamente). Por lo que se puede decir que los adolescentes de secundaria presentaron una baja Percepción de riesgo al VIH; sin embargo, estos si presentaron una Percepción para evadir el riesgo.

Para dar respuesta al objetivo específico 2, el cual tuvo como propósito describir la Autoeficacia sexual en adolescentes, se reporta lo siguiente.

Se encontró una media de 3.54 ( $DE= 1.40$ ) en la Autoeficacia para decir que no a una relación sexual, misma que se encuentra ligeramente por encima del punto intermedio al igual que en el caso de la Autoeficacia para comunicarse con la pareja se reportan medias de 3.61 ( $DE= 1.27$ ), la Autoeficacia para el uso del condón ( $M= 3.78$ ;  $DE= 1.08$ ). No obstante, la Autoeficacia sexual para evadir el riesgo se encontró una media ligeramente por debajo del punto intermedio con una  $M=1.98$  ( $DE= .787$ ).

La prueba de normalidad, aplicada sobre ambas escalas muestra que no se distribuyen normalmente los datos ya que la Autoeficacia para decir que no a una relación sexual, presentó una distribución de ( $D^a=. 156$ ,  $p < .001$ ), al igual que para la Autoeficacia para comunicarse con la pareja ( $D^a=. 159$ ,  $p < .001$ ), la Autoeficacia para el uso del condón ( $D^a=. 130$ ,  $p < .001$ ) y por ultimo; la Autoeficacia sexual para evadir el riesgo ( $D^a= .124$ ,  $p < .001$ ). Por lo tanto se puede decir que los adolescentes si presentan Autoeficacia sexual (Tabla 2).

Respecto al objetivo específico 3, el cual buscó establecer la relación que existe entre la Percepción de riesgo sexual y la Autoeficacia sexual en adolescentes; se encontraron los siguientes resultados. La prueba estadística de Spearman indicó que existe una relación significativa entre la Percepción de riesgo al VIH y la Autoeficacia para comunicarse con la pareja ( $r_s= .125$ ,  $p < .05$ ); así como en la Percepción para evadir el riesgo y la Autoeficacia para prevenir el sida ( $r_s= -.150$ ,  $p = < .05$ ), la Autoeficacia para decir que no a una relación sexual ( $r_s= -.155$ ,  $p = < .05$ ), la Autoeficacia para el uso del condón ( $r_s = -.215$ ,  $p = < .01$ ) y la Autoeficacia sexual para evadir el riesgo ( $r_s = .641$ ,  $p = < .01$ ).

Por lo tanto, se puede decir que en los adolescentes de secundaria presentan una relación significativa con la Percepción de riesgo al VIH y la Autoeficacia para

comunicarse; así como también, una relación con la Percepción para evadir el riesgo y la Autoeficacia para prevenir el sida, para decir que no a una relación sexual, para el uso del condón y con la Autoeficacia sexual para evadir el riesgo. Cabe destacar que para esta última se encontró un coeficiente de correlación grande como se observa en la Tabla 3.

Tabla 3

*Correlación de Spearman para la variable de Percepción de riesgo sexual y Autoeficacia sexual*

<i>Variables</i>	Percepción de riesgo sexual	
	Percepción de riesgo al VIH	Percepción para evadir el riesgo
Autoeficacia sexual		
Autoeficacia para prevenir el sida	$r_s = .028$	$r_s = -.150^*$
Autoeficacia para decir que no a una relación sexual	$r_s = -.086$	$r_s = -.155^*$
Autoeficacia para comunicarse con la pareja	$r_s = .125^*$	$r_s = .009$
Autoeficacia para el uso del condón	$r_s = .026$	$r_s = -.215^{**}$
Autoeficacia sexual para evadir el riesgo	$r_s = .106$	$r_s = .641^{**}$

Nota:  $*p < .05$ ,  $**p < .01$ ,  $n = 256$

Para dar respuesta a las hipótesis 1 y 2 las cuales proponen que si a mayores niveles de Percepción de riesgo sexual, mayores niveles de Autoeficacia sexual de acuerdo al Sexo, se utilizó una correlación de Spearman. La tabla 4 muestra los

resultados que indican que en el sexo masculino existe una relación negativa en la Percepción para evadir el riesgo y la Autoeficacia para el uso del condón ( $r_s = -.192, p < .05$ ); no obstante, la Percepción para evadir el riesgo y la Autoeficacia sexual tuvo una alta relación tanto en el sexo masculino ( $r_s = .621, p < .01$ ) como en el femenino ( $r_s = .580, p < .01$ ). Por lo tanto, en hombres como en mujeres la Percepción para evadir el riesgo y la Autoeficacia sexual resultaron significativas, esto indica que los niveles de Percepción de riesgo sexual en ambos sexos están relacionados con los niveles de Autoeficacia sexual.

Tabla 4

*Correlación de Spearman para la variable de Percepción de riesgo sexual y Autoeficacia sexual por sexo*

Variables	Percepción de riesgo sexual			
	Percepción de riesgo al VIH		Percepción para evadir el riesgo	
Sexo	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Autoeficacia sexual para prevenir el sida	$r_s = .049$	$r_s = .028$	$r_s = -.158$	$r_s = -.088$
Autoeficacia para decir que no a una relación sexual	$r_s = -.031$	$r_s = -.109$	$r_s = -.142$	$r_s = -.143$
Autoeficacia para comunicarse con la pareja	$r_s = .092$	$r_s = .156$	$r_s = -.023$	$r_s = .068$
Autoeficacia para el uso del condón	$r_s = .035$	$r_s = .053$	$r_s = -.192^*$	$r_s = -.136$
Autoeficacia sexual para evadir el riesgo	$r_s = .177$	$r_s = -.009$	$r_s = .621^{**}$	$r_s = .580^{**}$

Nota=  $*p < .05$ ,  $**p < .01$ ,  $n$  (hombres)= 120,  $n$  (mujeres)= 136,  $n = 256$

Para responder al objetivo general, el cual propuso establecer si la Edad, el Sexo y la Percepción de riesgo sexual influyen en la Autoeficacia sexual de los adolescentes de secundaria, se realizaron 5 modelos de Regresión Lineal Múltiple para cada una de las escalas y sub escalas de la variable dependiente la cual fue la Autoeficacia sexual.

En el primer modelo se introdujo como variable dependiente el puntaje total de la escala Autoeficacia para prevenir el sida y como variables independientes la Percepción de riesgo al VIH, la Edad y el Sexo (Tabla 5). Este modelo de regresión no fue significativo ( $F_{[3, 252]} = 2.61, p = .052$ ). Por lo que se puede decir que la Edad, el Sexo y la Percepción de riesgo al VIH no influyen en la Autoeficacia para prevenir el sida.

Tabla 5

*Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de la Autoeficacia para prevenir el sida*

Modelo	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Edad	.156	.070	.138	.027
Sexo	.210	.125	.104	.094
Percepción de riesgo al VIH	.022	.115	.012	.848

Nota: Variable dependiente= Autoeficacia para prevenir el sida

En el segundo modelo se introdujo como variable dependiente la Autoeficacia para decir que no a una relación sexual y como variables independientes la Percepción de riesgo al VIH, la Edad y el Sexo (Tabla 6). Este modelo resultó significativo ( $F_{[3, 252]} = 5.64, p < .001$ ) explicando un 6.3% la varianza de la Autoeficacia para decir que no a una relación sexual. Se encontró que por cada incremento de la desviación estándar de la edad, se incrementa .051 la desviación estándar de la Autoeficacia para

decir que no a una relación sexual ( $\beta = .235, p < .001$ ). Por lo que se puede decir que la Edad influye en la Autoeficacia para decir que no a una relación sexual.

Tabla 6

*Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de la Autoeficacia para decir que no a una relación sexual*

Modelo	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Edad	.370	.096	.235	.001
Sexo	.204	.172	.073	.235
Percepción de riesgo al VIH,	-.141	.158	-.055	.372

Nota: Variable dependiente= Autoeficacia para decir no a una relación sexual

Tabla 7

*Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de la Autoeficacia para comunicarse con la pareja*

Modelo	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Edad	.068	.089	.048	.447
Sexo	.029	.159	.011	.858
Percepción de riesgo al VIH	.324	.146	.139	.027

Nota: Variable dependiente = Autoeficacia para comunicarse

En el tercer modelo se introdujo como variable dependiente la Autoeficacia para comunicarse con la pareja y como variables independientes la Percepción de riesgo al

VIH, la Edad y el Sexo (Tabla 7). Este modelo de regresión no fue significativo ( $F_{[3, 252]} = 1.88, p = .133$ ). Por lo que se puede decir que la Edad, el Sexo y la Percepción de riesgo al VIH no influyen en la Autoeficacia para comunicarse con la pareja.

En el cuarto modelo se introdujo como variable dependiente la Autoeficacia para el uso del condón y como variables independientes la Percepción de riesgo al VIH, la Edad y el Sexo (Tabla 8). Este modelo de regresión no fue significativo ( $F_{[3, 252]} = 1.46, p = .225$ ). Por lo que se puede decir que la Edad, el Sexo y la Percepción de riesgo al VIH no influyen en la Autoeficacia para el uso del condón.

Tabla 8

*Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de la Autoeficacia para el uso del condón*

Modelo	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Edad	-.011	.076	-.009	.889
Sexo	.276	.135	.127	.043
Percepción de Riesgo al VIH	.071	.124	.036	.571

Nota: Variable dependiente = Autoeficacia para el uso del condón

En el quinto modelo se introdujo como variable dependiente la Autoeficacia sexual para evadir el riesgo y como variables independientes la Percepción para evadir el riesgo, la Edad y el Sexo (Tabla 9). Este modelo resultó significativo ( $F_{[3, 252]} = 54.1, p < .001$ ) explicando un 3.9 % de varianza de la Autoeficacia sexual para evadir el riesgo. Se encontró que por cada incremento de la desviación estándar del sexo y la Percepción para evadir el riesgo, se incrementa en un .038 la desviación estándar de la Autoeficacia sexual para evadir el riesgo ( $\beta = -.120, p < .05; \beta = .577, p < .001$ )

respectivamente. Por lo que se puede decir que el Sexo y la Percepción para evadir el riesgo influyen en la Autoeficacia sexual para evadir el riesgo.

Tabla 9

*Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de la Autoeficacia sexual para evadir el riesgo*

Modelo	Coeficientes no Estandarizados		Coeficientes Estandarizados	
	<i>B</i>	<i>Error estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Edad	.014	.045	.015	.763
Sexo	-.189	.081	-.120	.020
Percepción para evadir el riesgo	.592	.055	.577	.001

Nota: Variable dependiente= Autoeficacia sexual para evadir el riesgo

## Capítulo IV

### Discusión

El objetivo general del presente estudio fue establecer si la Edad, el Sexo y la Percepción de riesgo sexual influyen en la Autoeficacia sexual de los adolescentes de secundaria. El estudio utilizó como base los conceptos de la Teoría de la Motivación para la Protección (TMP) propuesta por Rogers (1975, 1983). A continuación se discuten los resultados obtenidos y posterior a eso se presentan las limitaciones, las conclusiones y recomendaciones.

En función de los hallazgos encontrados para el cumplimiento del objetivo específico 1, el cual tuvo como propósito describir la Percepción de riesgo sexual en los adolescentes, se puede decir que se encontraron medias aritméticas por debajo del punto intermedio para la variable de Percepción de riesgo al VIH.

Esto hace referencia, a los adolescentes quienes se perciben con baja probabilidad de contraer el VIH ya sea antes de tener relaciones pre-sexuales o durante las relaciones sexuales sin protección. Estos hallazgos son similares a lo encontrado por Santisteban, Posada, Mariño, Pérez y González (2016) quienes reportaron que los adolescentes han presentado bajas Percepciones de riesgo de adquirir el VIH; al igual que Wusu (2011), quien encontró que tanto los hombres como las mujeres presentan una baja percepción del riesgo al VIH. Una posible explicación a esto la da Tarkang (2014) el cual menciona que los adolescentes de secundaria perciben el VIH como cualquier otra infección y además consideran que es algo que los mantiene con expectativas bajas en cuanto a la Percepción de riesgo.

Esto puede deberse principalmente a que los adolescentes que se encuentran dentro de este rango de edad, aún no perciben el VIH como una infección, debido a que la mayoría de ellos aún no tiene vida sexual activa y desconocen en gran medida la infección como un riesgo latente que puede poner en peligro su salud.

En cuanto a la variable de Percepción para evadir el riesgo, se puede decir que se encontraron medias por encima del punto intermedio; esto hace referencia a que los adolescentes de secundaria cuentan con una Percepción para evadir el riesgo sexual, aún sin importar si existen situaciones que ameriten a tener relaciones pre sexuales o inclusive relaciones sexuales sin protección con la persona que los atrae sexualmente.

Sin embargo, cabe desatacar que son escasos los estudios dónde se haya investigado la Percepción para evadir el riesgo sexual en la población adolescente. Esto puede explicarse a que los adolescentes no perciben aun el VIH como una infección que les puede afectar.

En función de los hallazgos encontrados para el cumplimiento del objetivo específico 2, el cual tuvo como propósito describir la Autoeficacia sexual de los adolescentes de secundaria, se puede mencionar que se encontraron medias por arriba del punto intermedio para las variables de Autoeficacia sexual para decir que no a una relación sexual, para la comunicación con la pareja, para el uso del condón y para evadir el riesgo; que en conjunto conforman la variable de Autoeficacia sexual.

Esto hace referencia, a la creencia de los propios adolescentes a cerca de su propia capacidad para decidir qué no a una relación sexual cuando es propuesta por una persona que han conocido con anterioridad o que apenas están conociendo; así como, con alguien que use algún tipo de droga o que es para ellos desconocido el historial sexual. Sin embargo, cabe desatacar que son pocos los estudios dónde se ha investigado la Autoeficacia para decir que no a una relación sexual en esta población.

Esto puede manifestarse a que esta variable por sí sola no se ha estudiado a fondo; sin embargo, es de suma importancia conocerla ya que ayudaría a entender con mayor facilidad la capacidad para evadir un riesgo sexual. No obstante, se observó que los adolescentes sí cuentan con la capacidad para decir que no a una relación sexual, debido a que gran parte de la educación preventiva que se les brinda en las escuelas y en los centros de salud favorecen a que el adolescente pueda reconocer un riesgo y sea

capaz decir que no y así evitar un encuentro pre sexual o sexual con una persona que es desconocida para ellos en ese momento.

En cuanto a la Autoeficacia para comunicarse con la pareja, los resultados refieren que los adolescentes cuentan con la capacidad para comunicarse con su pareja sentimental o sexual en temas de uso de drogas, de prevención del VIH y de antecedentes sentimentales con otras personas. Estos hallazgos concuerdan con los encontrados por Carreño, Espinoza y Sastoque (2012) quienes indicaron que los adolescentes presentan una buena autoeficacia para preguntarle a su pareja si han tenido relaciones sexuales con una persona cuya historia sexual es desconocida. Sin embargo, los hallazgos encontrados en este estudio y los reportados por Carreño, Espinoza y Sastoque (2012) difieren con los reportados por Castillo, Arrieta, Caballero, Ramírez y Silva (2015) quienes mencionan que los adolescentes no cuentan con la capacidad para decirle a su pareja con cuántas personas han tenido relaciones sexuales con anterioridad; así como, preguntarle a su pareja si ha mantenido relaciones sexuales con alguna persona con historial sexual es desconocido. Estos resultados pueden explicarse principalmente al contexto social en donde se realizaron los estudios. Factores como la cultura, la educación y los vínculos sociales pueden influenciar de gran medida la comunicación con la pareja.

En cuantos hallazgos reportados por Orcasita, Uribe, Castellanos y Gutiérrez (2012) indican que las mujeres manifiestan tener a una persona adulta en quien confiar para hablar sobre temas sexuales y recibir un consejo en el momento que lo requieran.

Estos resultados son congruentes con los reportados en este estudio, los cuales reportan que los adolescentes cuentan con la capacidad para comunicarse con una adulto, donde preferentemente es la madre; probablemente, esto puede deberse a que la mayoría de los adolescentes consideran a los padres o adultos como personas expertas y llenas de conocimientos que pueden ayudarlos a sobre llevar su sexualidad, debido a que son inspiradores de confianza.

En cuanto a la Autoeficacia para el uso del condón los resultados refieren que los adolescentes de secundaria tienen la capacidad para usar un condón, para encontrar la manera de conseguirlos o simplemente de no utilizarlos hasta el matrimonio con una pareja que consideran que será estable. Estos hallazgos concuerdan con los encontrados por Castillo, Arrieta, Caballero, Ramírez y Silva (2015) los cuales indican que los adolescentes tienen la capacidad para pedirle a su pareja que use un condón cuando se quiere tener relaciones sexuales. Sin embargo, los hallazgos encontrados en este estudio y los reportados por Castillo, Arrieta, Caballero, Ramírez y Silva (2015) difieren con los reportados por Sanders, Hill, Crosby y Jensen (2014) los cuales indicaron que los adolescentes presentaban niveles bajos de autoeficacia para el uso del condón. En cuanto al uso correcto de los mismos Sanders, Hill, Crosby y Jensen (2014) y Rodríguez, Sanabria, Contreras y Perdomo (2013) concuerdan con los resultados reportados en este estudio. Estos autores mencionan que los adolescentes presentan buena autoeficacia para el uso correcto del condón durante una relación sexual, debido a que los mismos mencionan que lo usan siempre que se quiere tener sexo.

En cuanto a los modos de adquirir un condón los resultados indican que los adolescentes tienen la capacidad para comprarlos o conseguirlos en cualquier momento. Estos resultados son congruentes con lo reportado por Sanders, Hill, Crosby y Jensen (2014) y Carreño, Espinoza y Sastoque (2012) los cuales indicaron que los adolescentes presentaron autoeficacia para adquirir condones con facilidad cuando estos los necesitan. Sin embargo, estos datos difieren con los reportados por Castillo, Arrieta, Caballero, Ramírez y Silva (2015) quienes refirieron que los adolescentes no contaban con la capacidad para conseguir condones fácilmente cuando se proponían a tener relaciones sexuales con su pareja. Esto quizás se puede explicar al contexto social en el que están inmersos los adolescentes en ese momento la cultura, la familia e inclusive el nivel socioeconómico repercute en la adquisición de un condón; aunque en cierta manera quizás también se deba a los reglamentos de venta de los establecimientos que los

proporcionan o simplemente a la vergüenza del adolescente al pedirlo al momento de comprarlo.

En cuanto a la Autoeficacia para el uso del condón cuando se quiere tener sexo Carreño, Espinoza y Sastoque (2012) indicaron que los adolescentes presentaron buenos niveles de autoeficacia. Estos datos coinciden con los reportados en este estudio; sin embargo, Carreño, Espinoza y Sastoque (2012) en su mismo estudio difiere con sus resultados al indicar que los adolescentes no presentaron una buena autoeficacia para traer consigo un condón cuando no se quiere tener sexo. Esto puede manifestarse a que la mayoría de los adolescentes solo traen consigo un condón cuando tienen planeado tener relaciones sexuales con su pareja y no consideran necesario traer consigo uno si no se quiere tener sexo.

En cuanto a la Autoeficacia para evadir el riesgo los resultados refieren que los adolescentes de secundaria tienen la capacidad para evadir el riesgo; aun si se encuentran con la persona que los atrae sexualmente o cuando las situaciones o condiciones propician una conducta de riesgo. Sin embargo estos resultados encontrados son diferentes a los reportados por O'Leary et al., (2012) quienes refieren que los adolescentes cuentan con niveles bajos de autoeficacia para evadir situaciones de riesgo. Esto se puede manifestar a que en gran parte los adolescentes perciben su capacidad de evadir el riesgo de manera distinta, quizás la sociedad, la cultura o el entorno que los rodea propicia a que el adolescente vea de diferente manera los riesgos. En la actualidad el uso de las redes sociales, de la programación publicitaria y la educación sexual que se imparte en las escuelas favorece a que el adolescente este más informado de los acontecimientos que pueden dañar su salud.

En función de los hallazgos encontrados para el cumplimiento del objetivo específico 3, el cual tuvo como propósito establecer la relación que existe entre la Percepción de riesgo sexual y la Autoeficacia sexual en adolescentes, se puede decir que

existe relación entre la Percepción de riesgo al VIH y la Autoeficacia para comunicarse con la pareja.

Esto hace referencia a que la Percepción de riesgo al VIH y la Autoeficacia sexual se asocian de manera significativa al tener la capacidad de comunicarse con la pareja sobre el uso de drogas, la prevención del sida y de antecedentes de relaciones sexuales del pasado. Así como, la relación que existe entre la Percepción para evadir el riesgo y la Autoeficacia para prevenir el sida. Estos datos concuerdan con los encontrados por Buzi, Weinman y Smith (2015) quienes refieren que aquellas mujeres que se percibían en bajo riesgo al VIH estaban totalmente seguras de que podían explicar a su pareja como usar el condón para prevenir el VIH.

En cuanto a la relación existente entre la Percepción para evadir el riesgo y la Autoeficacia para decir que no a una relación sexual, se encontró que a mayores niveles de Percepción para evadir el riesgo, existe una relación con la Autoeficacia para decir que no a una relación sexual; sin embargo, cabe destacar que son escasos los estudios dónde se haya investigado la relación de ambas variables. Esto puede deberse a que no se ha estudiado a fondo la percepción que se encuentra antes de una situación de riesgo y por consecuente la asociación que se tiene con la capacidad de los adolescentes para decir que no a una relación sexual.

De igual manera, en cuanto a la relación entre la Percepción para evadir el riesgo y la Autoeficacia para el uso del condón, los resultados reportan que a mayores niveles de Percepción para evadir el riesgo, existe una relación significativa con la Autoeficacia para el uso del condón; así como, a mayores niveles de Percepción para evadir el riesgo, existe una relación con la Autoeficacia para evadir el riesgo respectivamente. Sin embargo, cabe destacar que son escasos los estudios dónde se haya investigado la Percepción para evadir el riesgo junto con la Autoeficacia para el uso del condón y la Autoeficacia para evadir el riesgo. Esto puede deberse a que los estudios existentes están basados generalmente en la Autoeficacia sexual y no en la Autoeficacia para prevenir

riesgos, probablemente esto está relacionado a que no exista el interés por estudiarlo, más sin embargo, es un punto que hay que tomar en cuenta debido a que los adolescentes presentan inicios de vida sexual cada vez a edades más tempranas.

En función de los hallazgos encontrados para el cumplimiento de las hipótesis donde se proponía que a mayores niveles de Percepción de riesgo sexual en el sexo masculino, mayores niveles de Autoeficacia sexual; así como, a mayores niveles de Percepción de riesgo sexual en el sexo femenino, mayores niveles de Autoeficacia sexual. Esto hace referencia a que datos encontrados en el estudio el sexo masculino presentó una relación negativa entre la Percepción para evadir el riesgo y la Autoeficacia para el uso del condón. Estos datos concuerdan con los reportados por Alvarado, Bahamón, Ruiz, Herrera y Alarcon-Vazquez (2017) quienes indicaron correlaciones negativas en la Autoeficacia para el uso del condón y la baja Percepción para evadir el riesgo. Esto puede explicarse a que los hombres no presentan una Percepción para evadir el riesgo y por su consecuente no tienen una buena Autoeficacia para el uso del condón, debido a que no perciben por sí mismos como evadir un riesgo latente que ponga en peligro su salud.

En cuanto a la relación existente entre la Percepción para evadir el riesgo y la Autoeficacia para evadir el riesgo, se encontró altas correlaciones para ambos sexos. Esto hace referencia a que los adolescentes de ambos sexos tienen la capacidad para evadir un riesgo, además de que tiene la capacidad de evadir un riesgo sexual. Sin embargo, cabe destacar que son escasos los estudios dónde se haya investigado la relación de ambas variables en torno al sexo. Esto puede entenderse a que solo se han realizado estudios donde se utilizan las variables de Percepción de riesgo al VIH y la Autoeficacia sexual, y no se han realizado estudios que investiguen las variables para evadir el riesgo en torno al sexo.

En función de los hallazgos encontrados para el cumplimiento del objetivo general, el cual tuvo como propósito establecer si la Edad, el Sexo y la Percepción de

riesgo sexual influyen en la Autoeficacia sexual de los adolescentes de secundaria. Se puede decir que existen poca relación entre cada una de estas variables.

Los datos indican que la Edad influye en la Autoeficacia para decir que no a una relación. Esto hace referencia a que la edad que indica el adolescente en ese momento del estudio influye en la capacidad para decir que no a una relación sexual cuando no se quiera usar un condón, estar bajo los efectos de alguna droga o no conocer a la persona que le propone tener sexo. Sin embargo, cabe destacar que son escasos los estudios donde se haya investigado la influencia entre la Edad y la Autoeficacia para decir que no a una relación sexual. Esto se puede explicar a la poca información que se tiene sobre el fenómeno o quizás porque los estudios existentes abarcan edades mucho más mayores para implementar intervenciones.

De igual manera, se puede decir que el Sexo influye en la Autoeficacia sexual para evadir el riesgo. Esto hace referencia a que el sexo en el cual se identifica el adolescente en ese momento mantiene una influencia con la propia percepción de su capacidad para rechazar eventos que los puedan conducir a una conducta sexual de riesgo. Sin embargo, cabe destacar que son escasos los estudios donde se haya investigado la influencia entre el Sexo y la Autoeficacia sexual para evadir el riesgo. Esto se puede deber a la poca información que se tiene sobre el fenómeno o quizás porque los estudios existentes no toman mucho en cuenta el sexo de los adolescentes. Así mismo, la Percepción para evadir el riesgo influyó en la Autoeficacia sexual para evadir el riesgo. Esto hace referencia a la percepción del propio adolescente acerca de su probabilidad de tener relaciones pre sexuales y relaciones sexuales sin protección la cual mantiene una influencia con la propia percepción de su capacidad para rechazar eventos que los puedan conducir a una conducta sexual de riesgo. Sin embargo, cabe destacar que son escasos los estudios donde se haya investigado la influencia entre la Percepción para evadir el riesgo y la Autoeficacia sexual para evadir el riesgo. Esto se puede

entender a la poca información que se tiene sobre el fenómeno o quizás porque los estudios existentes no toman en cuenta ambas variables.

### **Limitaciones**

El estudio presentó algunas limitaciones en las que destaca a lo relacionado con el tipo de diseño del estudio el cual fue de tipo transversal, por lo que los resultados no permitieron hacer conclusiones más exactas en relación a la influencia de una variable de estudio sobre la otra. Otra de las limitaciones más importante fue la participación de los padres en cuanto a su consentimiento para que sus hijos formaran parte del estudio, al igual de algunas escuelas secundarias que se rehusaron a la aplicación de los instrumentos por temor a que los padres de familia tomaran decisiones que afectaran el prestigio de la institución; probablemente esto se debió a que los temas de sexualidad son sensibles en nuestra cultura, por lo que tratar temas de esta índole, suele ser complejo para algunas personas.

### **Conclusiones**

Los adolescentes de secundaria presentan baja Percepción de riesgo al VIH; sin embargo, sí presentan Percepción para evadir el riesgo sexual.

En cuanto a la Autoeficacia sexual los adolescentes presentan Autoeficacia para prevenir el sida, decir que no a una relación sexual, para comunicarse con la pareja, para el uso de condón y para evadir un riesgo.

Existe una relación significativa entre la Percepción de riesgo al VIH y la Autoeficacia para comunicarse con la pareja; así como también, una relación entre la Percepción para evadir el riesgo y la Autoeficacia para prevenir el sida, para decir que no a una relación sexual, para el uso del condón y con la Autoeficacia sexual para evadir el riesgo.

Los hombres presentan una relación negativa con la Percepción para evadir el riesgo y la Autoeficacia para el uso del condón. No obstante, la Percepción de riesgo sexual y la Autoeficacia sexual están relacionadas significativamente en ambos sexos.

La Edad influye en la Autoeficacia para decir que no a una relación sexual, así como el Sexo y la Percepción para evadir el riesgo influye con la Autoeficacia sexual para evadir el riesgo.

### **Recomendaciones**

Para futuras investigaciones se recomienda realizar estudios donde se investigue la variable de Percepción para evadir el riesgo sexual y la Autoeficacia sexual en esta población vulnerable. No obstante, también es necesario la realización de investigaciones de tipo correlacional, donde se establezca la relación entre la variable de Percepción para evadir el riesgo y la Autoeficacia sexual para evadir el riesgo, enfocado principalmente en el Sexo y la Edad.

También es recomendable realizar investigaciones cualitativas, debido a que estas ayudarán a conocer de una manera más profunda el fenómeno de estudio.

Se recomienda seguir utilizando los conceptos de la Teoría de la Motivación para la Protección (TMP) ya que esta ha explicado de manera adecuada la adquisición de comportamientos saludables, debido a que estos interactúan con las percepciones en las conductas de los individuos.

Brindar pláticas de sexualidad responsable en las escuelas para proporcionar herramientas que permitan a los adolescentes identificar los riesgos sexuales y puedan desarrollar capacidades para la toma de decisiones en situaciones de riesgo.

## Referencias

- Alvarado, J. I. U., Bahamón, M. J., Ruíz, L. R., Herrera, A. M. T., & Alarcón-Vásquez, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y uso del condón en jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(1), 203-211.  
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/798/79849735010.pdf>
- Bandura, A. (1986). Social foundation of thought and action. A social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2009). The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization (5h Ed.). Missouri: Elsevier.
- Buzi, R. S., Smith, P. B., Weinman, M. L., & Novello, G. (2013). HIV risk perceptions among adolescents attending family planning clinics: An integrated perspective. *AIDS care*, 25(1), 20-27. Recuperado de:  
<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09540121.2012.674097>
- Buzi, R. S., Weinman, M. L., & Smith, P. B. (2015). HIV Risk Perceptions among African American Young Women: Factors Affecting Accuracy. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 8(2), 111-116. Recuperado de:  
<http://link.springer.com/article/10.1007/s40653-015-0039-y/fulltext.html>
- Carreño Arango, D., Sastoque Jerez, M., & Espinosa Jurado, M. (2014). Conocimientos, actitudes, autoeficacia y susceptibilidad frente al VIH/SIDA en adolescentes de Bucaramanga y su área metropolitana. Recuperado de:  
<https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/1855>
- Castillo Ávila, I. Y., Arrieta Yepes, K., Caballero Pacheco, M., Ramírez Aguilar, J., & Silva Yepes, K. (2015). *Conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia en adolescentes escolarizados frente a la infección por VIH Cartagena, 2015* (Doctoral dissertation, Universidad de Cartagena). Recuperado de:  
<http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/3153/1/CONOCIMIENTOS,%20ACTITUDES,%20SUSCEPTIBILIDAD.pdf>

- CENSIDA, (2015). La epidemia del VIH y Sida en México. Recuperado de:  
[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/la\\_epidemia\\_deVIHysidaMexico.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/la_epidemia_deVIHysidaMexico.pdf)
- Cheng, S., Hamilton, L., & Missari, S. (2014). Sexual subjectivity among adolescent girls: Social disadvantage and young adult outcomes. *Social Forces*, 93(2), 515-544. Recuperado de:  
<http://sf.oxfordjournals.org/content/early/2014/08/25/sf.sou084>
- Gayet, C., & Gutiérrez, J. P. (2014). Calendario de inicio sexual en México: Comparación entre encuestas nacionales y tendencias en el tiempo. *Salud pública de México*, 56(6), 638-647. Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342014000600014&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342014000600014&script=sci_arttext&tlng=en)
- Infosida, (2016). El VIH y las poblaciones específicas; el VIH en los niños y Adolescentes. Recuperado de: <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/25/82/el-vih-y-los-ninos-y-adolescentes>
- Julia, L., Karl, P., & Witness, C. (2012). Correlates of HIV Risk Reduction Self-Efficacy among Youth in South Africa. *ScientificWorldJournal*. Recuperado de:  
Recuperado de <http://www.hindawi.com/journals/tswj/2012/817315/abs/>
- López-Rosales, F., & Moral-de la Rubia, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud pública de México*, 43(5), 421-432. Recuperado de:  
<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v43n5/6721.pdf>
- Macintyre, K., Rutenberg, N., Brown, L., & Karim, A. (2004). Understanding perceptions of HIV risk among adolescents in KwaZulu-Natal. *AIDS and*

*Behavior*, 8(3), 237-250. Recuperado de:

<http://link.springer.com/article/10.1023%2FB%3AAIBE.0000044072.71361.b3#>

Maddux, J. E., & Rogers, R. W. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of experimental social psychology*, 19(5), 469-479. Recuperado de:

[https://www.researchgate.net/publication/222055931\\_Protection\\_Motivation\\_and\\_Self-Efficacy\\_A\\_Revised\\_Theory\\_of\\_Fear\\_Appeals\\_and\\_Attitude\\_Change](https://www.researchgate.net/publication/222055931_Protection_Motivation_and_Self-Efficacy_A_Revised_Theory_of_Fear_Appeals_and_Attitude_Change).

Marín, B., Coyle, K., Gomez, C., Carvajal, S., & Kirby, D. (2001). Older boyfriends and girlfriends increase risk of sexual initiation in young adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 27, 409-418.

Napper, L. E., Fisher, D. G., & Reynolds, G. L. (2012). Development of the perceived risk of HIV scale. *AIDS and Behavior*, 16(4), 1075-1083. Recuperado de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21785873>

Norman, P., Boer, H., Seydel, R (1994). *Protection Motivation Theory*. Recuperado de

[http://doc.utwente.nl/53445/1/K469\\_\\_\\_\\_%5b1%5d.pdf](http://doc.utwente.nl/53445/1/K469____%5b1%5d.pdf)

Nursing Interventions Classification [NIC], (2014). Identificación de Riesgos.

Nursing Outcomes Classification [NOC], (2014). Control de Riesgo.

O'Leary, A., Jemmott III, J. B., Jemmott, L. S., Bellamy, S., Icard, L. D., & Ngwane, Z.

(2012). Mediation of an efficacious HIV risk reduction intervention for South African men. *AIDS and Behavior*, 19(10), 1842-1849. Recuperado de:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22618963>

ONUSIDA, (2016). Romper el aislamiento: Empoderar a las adolescentes y las mujeres para acceder a los servicios de atención sanitaria integrados. COMUNICADO DE PRENSA. Recuperado de:

[http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2016/june/20160608\\_PR\\_HLM\\_OAFLA](http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2016/june/20160608_PR_HLM_OAFLA)

- Orcasita Pineda, L. T., Peralta Díaz, A., Valderrama Orbegozo, L., & Uribe Rodríguez, A. F. (2010). Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali-Colombia. *Revista virtual universidad católica del norte*, 1(31), 155-195. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/pdf/1942/194214587008.pdf>
- Orcasita, L. T., Uribe, A. F., Castellanos, L. P., & Gutiérrez Rodríguez, M. (2012). Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija-Santander. *Revista de Psicología (PUCP)*, 30(2), 371-406. Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S025492472012000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S025492472012000200006&script=sci_arttext)
- Organización Mundial de la Salud [OMS], (2015). *VIH/sida. Centro de prensa, nota descriptiva No. 360*. Recuperado de:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- Pajares, F., Urdan, T.C (2006). Self-efficacy, adolescents' risk-taking behaviours, and health. *Self-Efficacy beliefs of adolescents*; Information Age Publishing. Recuperado de:  
[https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=KMzuu9aTdY0C&oi=fnd&pg=PA1&dq=perceived+risk+self-efficacy+adolescent&ots=zdm6v1AV\\_b&sig=MISg2-CHL4a-4QqlnV-d8rTTesE#v=snippet&q=risk%20perception&f=false](https://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=KMzuu9aTdY0C&oi=fnd&pg=PA1&dq=perceived+risk+self-efficacy+adolescent&ots=zdm6v1AV_b&sig=MISg2-CHL4a-4QqlnV-d8rTTesE#v=snippet&q=risk%20perception&f=false)
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1999). *Investigación científica en ciencias de la salud*. (6ª. Ed). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Redmond, M. L., & Lewis, R. K. (2015). Are there gender differences in perceived sexual self-efficacy among African-American adolescents?. *Journal of Health Disparities Research and Practice*, 7(5), 1. Recuperado de:  
<http://digitalscholarship.unlv.edu/jhdrp/vol7/iss5/1/>

- Rodríguez Cabrera, A., Sanabria Ramos, G., Contreras Palú, M. E., & Perdomo Cáceres, B. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 161-174. Recuperado de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662013000100015](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100015)
- Rodríguez, S. C. G., Alarcón, L. F., & de Ciencias Humanas, F (2012). Evaluación de una intervención con medios audiovisuales basada en conceptos de motivación a la protección para el fomento de la moderación del consumo de alcohol en adolescentes. Recuperado de:  
<http://www.bdigital.unal.edu.co/10689/1/silviacamilagalvisrodriguez.2012.pdf>
- Sanders, S. A., Hill, B. J., Crosby, R. A., & Janssen, E. (2014). Correlates of condom-associated erection problems in young, heterosexual men: Condom fit, self-efficacy, perceptions, and motivations. *AIDS and Behavior*, 18(1), 128-134. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3701748/>
- Santisteban Cedeño, L. Y., Posada Pereda, M., Mariño Pérez, Y., Pérez Estrada, L., & González Osorio, G. (2016). Percepción de Riesgo ante el VIH/sida en adolescentes del municipio Bartolomé Masó. *Multimed*, 20(1), 1-19. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul161k.pdf>
- Sychareun, V., Thomsen, S., Chaleunvong, K., & Faxelid, E. (2013). Risk perceptions of STIs/HIV and sexual risk behaviours among sexually experienced adolescents in the Northern part of Lao PDR. *BMC public health*, 13(1), 1. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24304698>
- Tarkang, E. E. (2014). Factors associated with perception of risk of contracting HIV among secondary school female learners in Mbonge subdivision of rural Cameroon. *The Pan African medical journal*, 17. Recuperado de: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/17/259/full/>

- UNAIDS, (2016). United Nations Political Declaration on Ending AIDS sets world on the Fast-Track to end the epidemic by 2030. Recuperado de:  
[http://www.unaids.org/sites/default/files/20160608\\_PS\\_HLM\\_Political\\_Declaration\\_final.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/20160608_PS_HLM_Political_Declaration_final.pdf)
- Van Rossem, R., & Meekers, D. (2011). Perceived social approval and condom use with casual partners among youth in urban Cameroon. *BMC Public Health*, *11*(1), 1. Recuperado de:  
<http://bmcpublikehealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-632>
- Vega, E. G., Robledo, E. M., García, P. F., & Izquierdo, M. C. (2012). Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International journal of psychological research*, *5*(1), 79-87. Recuperado de:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5134684>
- Villegas, N., Cianelli, R., Gonzalez-Guarda, R., Kaelber, L., Ferrer, L., & Peragallo, N. (2013). Predictors of self-efficacy for HIV prevention among Hispanic women in South Florida. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, *24*(1), 27-37. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22795758>
- Wolfers, M., de Zwart, O., & Kok, G. (2011). Adolescents in the Netherlands underestimate risk for sexually transmitted infections and deny the need for sexually transmitted infection testing. *AIDS patient care and STDs*, *25*(5), 311-319. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2154>
- Wusu, O. (2011). Adolescents HIV risk perception and sexual behaviour in Lagos Metropolis, Nigeria. *Ife Psychologia*, *19*(2), 227. Recuperado de:  
<http://www.ajol.info/index.php/ifep/article/view/69537>

## **Apéndices**

## **Apéndice A**

### **Consentimiento Informado**

**Título:** Percepción de riesgo y Autoeficacia sexual en adolescentes de secundaria.

**Investigador Principal:** Lic. José Alejandro Cruz Ortíz, alumno de Maestría de la Facultad de Enfermería/UANL.

#### **Invitación y propósito**

Por medio de la presente se le hace saber a usted que su hijo(a) ha sido seleccionado para participar en un proyecto de investigación el cual tiene como propósito principal medir la relación entre la manera en la que su hijo(a) percibe el riesgo de contagiarse el VIH/Sida, así como de su propia capacidad para prevenir conductas sexuales que ponen en riesgo la salud; un ejemplo de estas conductas es evadir las situaciones que los ponen riesgo de tener sexo y no usar el condón.

Se le hace saber que la forma de obtener estos datos es por medio de un cuestionario el cual contiene preguntas que se relacionan a los temas ya antes mencionados. El llenado de los cuestionarios serán dentro de un salón de clases, el cual será elegido por la institución donde su hijo(a) realiza sus estudios, se garantiza que el tiempo para su llenado es de aproximadamente 30 minutos y no afectará las actividades escolares de su hijo(a).

#### **Confidencialidad**

Se le hace saber que el cuestionario y las respuestas del mismo se guardaran en privado y en un estricto anonimato; debido a que los cuestionarios no tendrán el nombre de su hijo(a), no se le informará a nadie las respuestas, por lo que Usted no podrá saber lo que contesto su hijo(a). Los resultados registrados serán guardados en una base datos en la que solo el equipo de trabajo de este estudio tendrá acceso y se reitera que al cumplirse un año posterior a que se haya concluido el estudio, todos los cuestionarios serán completamente eliminados.

**Riesgos**

Se le asegura que su hijo(a) no corre ningún riesgo al participar en esta investigación. Sin embargo, se le hace saber que si en algún momento del llenado de los cuestionarios su hijo(a) se siente incómodo o indispuerto para contestarlos y decide retirarse, se suspenderá por un momento la aplicación para posteriormente continuar o en definitiva retirarse cuando él lo deseé. Se le hace saber que no habrá ninguna repercusión en las calificaciones, ni con los maestros y autoridades educativas.

**Beneficios**

Se le informa de antemano que no existirá algún beneficio personal para su hijo(a) al participar en este estudio. Sin embargo, en un futuro, existe la posibilidad de que por medio de los resultados que arroje esta investigación, se lleven a cabo diseño de programas preventivos del VIH/Sida en estudiantes de secundaria.

**Disponibilidad de nueva información**

En caso de tener alguna duda sobre la participación de su hijo(a) en la investigación, podrá comunicarse a la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), la cual se localiza en la subdirección de posgrado de la Facultad de Enfermería de la UANL en el teléfono 83 48 18 47 o a la dirección: Avenida Gonzalitos # 1500, colonia Mitras Centro.

**Renuncia/Retiro**

Se le explicará a su hijo(a) que la participación en este estudio es de manera voluntaria, siempre y cuando usted autorice; y si su hijo(a) decide retirarse, no afectará la relación con esta escuela.

**Conclusión**

Ha leído y entendido cada uno de los puntos de este consentimiento informado. Se le ha dado la oportunidad para realizar preguntas y en caso de que hubiese una, se le respondió su duda de manera satisfactoria. Estoy en total acuerdo y doy mi consentimiento para que mi hijo(a) participe en esta investigación.

El Lic. José Alejandro Cruz Ortiz me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio: me ha mencionado que no existe riesgo alguno para mi hijo(a), al igual si se decide retirar, puede dejar el estudio en el momento que así lo decida.

---

Firma del Padre o Tutor

---

Firma del Investigador

---

Nombre y firma

---

Nombre firma

---

Dirección

---

Dirección

Testigo 1

Testigo 2

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

## **Apéndice B**

### **Asentimiento Informado**

**Título:** Percepción de riesgo y Autoeficacia sexual en adolescentes de secundaria.

**Investigador Principal:** Lic. José Alejandro Cruz Ortíz, alumno de la Facultad de Enfermería/UANL.

#### **Invitación y propósito**

Por medio de la presente se le hace saber que ha sido seleccionado para participar en un proyecto de investigación el cual tiene como propósito principal medir la relación entre la percepción de riesgo de contagiarse de VIH/Sida, así como de su propia capacidad para prevenir conductas sexuales que puedan poner en riesgo la salud; un ejemplo de estas conductas evadir las situaciones para tener sexo y no usar el condón, o tener sexo y provocar un embarazo no deseado.

Se le hace saber que la forma de obtener estos datos es por medio de un cuestionario el cual contiene preguntas que relacionan temas de tipo sexual. El llenado de los cuestionarios serán dentro de un salón de clases, el cual será elegido por la institución donde realiza sus estudios, se garantiza que el tiempo para su llenado es de aproximadamente 30 minutos y no afectará las actividades escolares.

#### **Confidencialidad**

Se le hace saber que el cuestionario y las respuestas del mismo se guardarán en privado y de manera anonimato; es decir nadie sabrá las respuestas que responda, ya que los cuestionarios no tendrán su nombre. Los resultados registrados serán guardados en una base datos en la que sólo el equipo de trabajo de este estudio tendrá acceso y se reitera que al cumplirse un año posterior a que se haya concluido el estudio, todos los cuestionarios serán completamente eliminados.

**Riesgos**

Se le asegura que no corre ningún tipo de riesgo al participar en esta investigación. Sin embargo, se le hace saber que si en algún momento del llenado de los cuestionarios se siente incómodo o indispuerto para contestarlos y decide retirarse, se suspenderá por un momento la aplicación para posteriormente continuar o en definitiva retirarse cuando lo deseé. Se le hace saber que no habrá ningún problema con las calificaciones, ni con los maestros o autoridades educativas.

**Beneficios**

Se le informa que no existirá algún beneficio personal al participar en este estudio. Sin embargo en un futuro, existe la posibilidad de que por medio de los resultados que arroje esta investigación, se lleven a cabo diseño de programas preventivos del VIH/Sida en estudiantes de secundaria.

**Disponibilidad de nueva información**

En caso de tener alguna duda sobre la participación en la investigación, puede comunicarse a la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), la cual se localiza en la subdirección de posgrado de la Facultad de Enfermería de la UANL en el teléfono 83 48 18 47 o a la dirección: Avenida Gonzalitos # 1500, colonia Mitras Centro.

**Renuncia/Retiro**

La participación en este estudio es de manera voluntaria, siempre y cuando esté de acuerdo; y si decide retirarse, no afectará la relación con esta escuela.

**Conclusión**

He leído y entendido cada uno de los puntos de este asentimiento informado. Se me ha dado la oportunidad para realizar preguntas y en caso de que hubiera una, me han respondido la duda de manera satisfactoria.

Estoy en total acuerdo y doy mi asentimiento para participar en esta investigación.

El Lic. José Alejandro Cruz Ortiz me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio: me ha mencionado que no existe riesgo alguno; y al igual si me decido retirar, puedo dejar el estudio en el momento que así lo decida.

---

Firma del estudiante

---

Firma del Investigador

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_



**Apéndice D**  
**Preguntas Filtro**

*Contesta las siguientes preguntas*

En este momento, ¿Tienes una pareja, novio (a), o esposo (a) con la que vivas actualmente?: Si \_\_\_\_\_ / No \_\_\_\_\_

***En el caso de ser hombre, responde las siguientes preguntas:***

¿Tu pareja ha estado embarazada? Si \_\_\_\_\_ / No \_\_\_\_\_

¿Tu pareja está embarazada? Si \_\_\_\_\_ / No \_\_\_\_\_

***En el caso de ser mujer, responde las siguientes preguntas:***

¿Alguna vez has estado embarazada? Si \_\_\_\_\_ / No \_\_\_\_\_

¿En este momento estás embarazada? Si \_\_\_\_\_ / No \_\_\_\_\_

## Apéndice E

### Escala de Percepción de riesgo al VIH

(Napper, Fisher & Reynolds, 2011)

**Instrucciones:** Subraye la respuesta que considere correcta para cada una de las preguntas.

<p><b>¿Qué tan probable es que se pueda contagiar con el VIH?</b></p> <p>A) Muy improbable          B) Improbable          C) Ni probable/ Ni improbable          D) Probable          E) Muy probable</p>	<p><b>Me preocupa ser infectado con el VIH</b></p> <p>A) Nunca          B) Rara vez          C) A veces          D) Medianamente          E) Muchas veces          F) Siempre</p>
<p><b>Imaginar que contraigo VIH es algo que me resulta:</b></p> <p>A) Muy difícil          B) Difícil          C) Fácil          D) Muy fácil</p>	<p><b>Contraer VIH es algo de lo que estoy...</b></p> <p>A) Nada preocupado          B) Un poco preocupado          C) Medianamente preocupado          D) Muy preocupado          C) Extremadamente preocupado</p>
<p><b>Estoy seguro de que NO me voy a infectar con el VIH</b></p> <p>A) Muy en desacuerdo          B) En desacuerdo          C) Algo en desacuerdo          D) Algo de acuerdo          E) De acuerdo          F) Muy de acuerdo</p>	<p><b>Siento que no es probable que me infecte con el VIH</b></p> <p>A) Muy en desacuerdo          B) En desacuerdo          C) Algo en desacuerdo          D) Algo de acuerdo          E) De acuerdo          F) Muy de acuerdo</p>
<p><b>Me siento vulnerable (expuesto a contraer) la infección por VIH</b></p> <p>A) Muy en desacuerdo          B) En desacuerdo          C) Algo en desacuerdo          D) Algo de acuerdo          E) De acuerdo          F) Muy de acuerdo</p>	<p><b>Existe la posibilidad, por pequeña que sea, de que pueda contraer el VIH</b></p> <p>A) Muy en desacuerdo          B) En desacuerdo          C) Algo en desacuerdo          D) Algo de acuerdo          E) De acuerdo          F) Muy de acuerdo</p>
<p><b>Creo que mis posibilidades de infectarme con el VIH son:</b></p> <p>A) Cero          B) Casi cero          C) Pequeñas          D) Moderadas          E) Grandes          F) Muy Grandes</p>	<p><b>Adquirir el VIH es algo en lo que</b></p> <p>A) Nunca pienso          B) Rara vez pienso          C) A veces pienso          D) A menudo pienso</p>

## Apéndice F

### Escala de Percepción para evadir el riesgo

(Marín, Gómez, Coyle & Kirby, 2001)

**Instrucciones:** Contesta las siguientes preguntas marcando con una **X** la mejor respuesta imaginando que estas solo(a) con alguien que te guste mucho.

	<b>Definitivamente NO</b>	<b>Probablemente NO</b>	<b>Probablemente SI</b>	<b>Definitivamente SI</b>
¿Dejarías que te bese en los labios?				
¿Dejarías que te de un beso de lengua?				
¿Dejarías que te tocara tus partes privadas por debajo de la cintura?				
¿Dejarías que tuviera sexo contigo?				
¿Dejarías que tuviera sexo contigo sin usar un condón?				

## Apéndice G

### Escala de Autoeficacia para prevenir el sida

(López-Rosales & Moral-de la Rubia, 2001)

**Instrucciones:** Seleccione la respuesta de acuerdo al grado de seguridad que usted cree tener. Marque sólo una respuesta por cada pregunta con una X.

PREGUNTA	Nada Seguro	Algo Seguro	Medio Seguro	Muy Seguro	Total Seguro
<b>A) ¿Qué tan seguro esta de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales con...</b>					
¿Alguien conocido hace 30 días o menos?					
¿Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti?					
¿Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?					
¿Alguien a quien has tratado con anterioridad?					
¿Alguien a quien deseas tratar de nuevo?					
¿Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales?					
¿Alguien a quien necesitas que se enamore de ti?					
¿Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales?					
¿Alguien con quien has estado bebiendo alcohol?					
¿Alguien con quien has estado utilizando drogas?					
¿Alguien con quien tu nivel de excitación sexual es muy alto?					
<b>B) ¿Qué tan seguro esta de ser capaz de...</b>	<b>Nada Seguro</b>	<b>Algo Seguro</b>	<b>Medio Seguro</b>	<b>Muy Seguro</b>	<b>Total Seguro</b>
¿Preguntar a tu pareja si se ha inyectado alguna droga?					

¿Discutir sobre la prevención del SIDA con tu pareja?					
¿Preguntar a tu pareja sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?					
¿Preguntar a tu pareja si ha tenido alguna experiencia homosexual?					
<b>C) ¿Qué tan seguro esta de ser capaz de...</b>	<b>Nada Seguro</b>	<b>Algo Seguro</b>	<b>Medio Seguro</b>	<b>Muy Seguro</b>	<b>Total Seguro</b>
¿Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?					
¿Usar correctamente el condón?					
<b>47.</b> ¿Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?					
¿Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizando alguna droga? (ejemplo, marihuana, resistol, tiner)					
¿Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu pareja prefiere no usarlo?					
¿Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?					
¿Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?					
¿Acudir a comprar condones?					
¿No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio?					
Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida					
Platicar con tu papá sobre temas sexuales					
Platicar con tu mamá sobre temas sexuales					

## Apéndice H

### Escala de Autoeficacia sexual para evadir el riesgo

(Marín, Coyle, Gómez, Carvajal & Kirby, 2001).

**Instrucciones:** Contesta las siguientes preguntas marcando con una **X** la mejor respuesta imaginando que estas solo(a) con alguien que te guste mucho.

	<b>Definitivamente SI podría</b>	<b>Probablemente SI podría</b>	<b>Probablemente NO podría</b>	<b>Definitivamente NO podría</b>
¿Podrías detenerlo(a) si te quiere besar en los labios?				
¿Podrías detenerlo(a) si te quiere dar un beso de lengua?				
¿Podrías detenerlo(a) si te quiere tocar el pecho o los senos?				
¿Podrías detenerlo(a) si quiere tocar tus partes privadas?				
¿Podrías detenerlo(a) si quiere tener sexo contigo?				
¿Podrías detenerte de tener sexo aunque la persona te diga que si no lo haces se acaba el noviazgo?				
¿Podrías detenerte de tener sexo si habías estado tomando alcohol?				
¿Podrías detenerte de tener sexo con una persona por la que sientes fuertes deseos sexuales?				
Si necesitaras un condón, ¿Podrías ir a la tienda y comprarlo?				
Si decidieras tener sexo, ¿Podrías decirle a la otra persona que quieres usar un condón?				

## **Resumen Autobiográfico**

Lic. José Alejandro Cruz Ortíz

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

**Tesis:** PERCEPCIÓN DE RIESGO Y AUTOEFICACIA SEXUAL EN ADOLESCENTES DE SECUNDARIA

**LGAC:** Sexualidad Responsable y Prevención de ITS-VIH/SIDA

**Biografía:** Nacido en Saltillo, Coahuila el 27 de Septiembre de 1991. Hijo del Sr. José Alejandro Cruz Echavarría y la Sra. Silvia del Carmen Ortiz Martínez.

**Educación:** Egresado de la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila con Grado de Licenciado en Enfermería en el año 2013. Becario del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León, durante el período 2015 - 2017. Miembro activo del Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing; Capítulo Tau Alpha desde el año 2015.

**Experiencia Laboral:** Licenciado en Enfermería en el área de Cuidados Intensivos y Urgencias del Hospital Universitario de Saltillo, Docente e Instructor de campos clínicos de la Facultad de Enfermería “Dr. Santiago Valdés Galindo” de la Universidad Autónoma de Coahuila y Docente en la Escuela de Enfermería de Cruz Roja Saltillo.

**Correo electrónico:** jacortiz\_91@hotmail.com