

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



AUTOEFICACIA DE PADRES GUANAJUATENSES PARA HABLAR
TEMAS DE SEXO A HIJOS ADOLESCENTES

Por

LIC. ARTEMISA VITE RAMÍREZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

JUNIO, 2008

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



AUTOEFICACIA DE PADRES GUANAJUATENSES PARA HABLAR
TEMAS DE SEXO A HIJOS ADOLESCENTES

Por

LIC. ARTEMISA VITE RAMÍREZ

Director de Tesis

ME. MA. DEL REFUGIO DURÁN LÓPEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

JUNIO, 2008

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



AUTOEFICACIA DE PADRES GUANAJUATENSES PARA HABLAR
TEMAS DE SEXO A HIJOS ADOLESCENTES

Por

LIC. ARTEMISA VITE RAMÍREZ

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

JUNIO, 2008

AUTOEFICACIA DE PADRES GUANAJUATENSES PARA HABLAR TEMAS DE
SEXO A HIJOS ADOLESCENTES

Aprobación de Tesis

ME. Ma. del Refugio Durán López
Director de Tesis

ME. Ma. del Refugio Durán López
Presidente

DCE. Juana Edith Cruz Quevedo
Secretario

Bertha Cecilia Salazar González, PhD
Vocal

MSP. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al personal de la Dirección de Enfermería de la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 1 Bajío del Instituto Mexicano del Seguro Social, mi centro de trabajo, por el apoyo y facilidades otorgadas durante la realización de mis estudios de maestría.

A las autoridades educativas de la Facultad de Enfermería de Guanajuato, de la Universidad de Guanajuato, por confiar en mí y apoyar mi ingreso a la maestría, en especial a la maestra Alba Lily Mendoza Robles.

A la ME. Ma. del Refugio Durán López, mi director de tesis, por su tiempo, dedicación y entrega, pero principalmente por creer en mí, por todo lo compartido, ya que a través de la realización del presente trabajo, sus enseñanzas me dejan un legado de gran valor, para mi desarrollo profesional y personal, y un compromiso permanente para seguir creciendo.

A mis maestros de maestría, artífices de este gran logro personal, ya que a través de sus conocimientos y experiencias compartidas, han forjado en mí un sentimiento y un compromiso muy grande hacia mi profesión, mis compañeros y mi vida.

Al personal docente y administrativo de la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, por su apoyo y atención prestada durante la realización de la maestría.

Dedicatoria

A Dios

Por darme la fuerza necesaria para no claudicar, ser mi guía en los momentos más difíciles y permitirme cumplir uno de mis más grandes anhelos profesionales.

A mis padres

Serafín y Josefina por su amor incondicional, por todo el apoyo que siempre me han brindado, y por estar conmigo en cada paso de mi vida, gracias por quererme y por darme la vida. Los amo.

A mi familia

Hermanos, hermana y sobrinos por los momentos compartidos por brindarme su alegría, y aguantar mis estados de ánimo en este tiempo, y ser el soporte que necesite en el día a día, todo mi cariño y corazón es para ustedes.

A mis compañeras de maestría

Gracias por todo lo que me brindaron durante este tiempo, se quedan en mí, siempre los voy a recordar y llevar en mi mente.

A mis amigas

Porque el valor de su amistad, me acompaña a cada momento, mil gracias, las quiero y ojala así como hasta hoy, nuestra amistad perdure para siempre. Agradezco también el invaluable apoyo recibido de Edith Jaramillo, Norma Ruiz, Gabriela Ruiz y “Yaki” gracias a todos los aquí mencionados, por estar conmigo en la realización de este gran sueño que concluye en una realidad.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco conceptual	4
Estudios relacionados	5
Definición de términos	9
Objetivo	10
Hipótesis	10
Capítulo II	
Metodología	11
Diseño del estudio	11
Población, muestreo y muestra	11
Criterio de exclusión	12
Registro de datos	12
Instrumentos de medición	12
Procedimiento de recolección de los datos	13
Estrategias de análisis	14
Consideraciones éticas	14
Capítulo III	
Resultados	16
Estadística descriptiva	16
Estadística inferencial	22

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	25
Conclusiones	27
Recomendaciones	27
Referencias	29
Apéndices	
A. Estructura conceptual teórica-empírica	32
B. Tablas de selección aleatoria	33
C. Instrumento Autoeficacia para hablar con sus hijos acerca de sexo	36
D. Instrumento Índice de experiencias espirituales arraigadas	37
E. Cédula de datos personales	38
F. Carta de consentimiento informado	41

Lista de Tablas

Tabla	Página
1 Edad y años de estudio de los padres	16
2 Arraigo de padres con su religión	17
3 Tiempo dedicado a su práctica religiosa o espiritual	18
4 Importancia de la fe en su vida diaria	18
5 Importancia de su fe cuando tiene que tomar decisiones importantes	19
6 Frecuencia con la que usted reza o hace oración en privado	20
7 Frecuencia de asistencia a algún curso de religión en el último año	20
8 Confiabilidad del instrumento	21
9 Índice de autoeficacia	21
10 Prueba de Kolmogorov-Smirnov	22
11 Correlación de variables	23
12 Regresión lineal múltiple para las variables edad, años de estudio y religión	23
13 Contribución de las variables independientes sobre la autoeficacia de padres para hablar temas de sexo a sus hijos	24

RESUMEN

Artemisa Vite Ramírez
 Universidad Autónoma de Nuevo León
 Facultad Enfermería

Fecha de Graduación: Junio. 2008

Título del Estudio: AUTOEFICACIA DE PADRES GUANAJUATENSES PARA
 HABLAR TEMAS DE SEXO A HIJOS ADOLESCENTES

Número de páginas:54

Candidato para obtener el Grado de
 Maestría en Ciencias de Enfermería
 con Énfasis en Salud Comunitaria.

Área de Estudio: Salud Comunitaria

Objetivo y Método de Estudio: El objetivo fue conocer la autoeficacia de los padres para hablar de temas de sexo a sus hijos adolescentes, además de buscar el efecto de edad, años de estudio, asistencia a cursos de religión en la autoeficacia de los padres. El muestreo fue aleatorio simple, por selección de viviendas por manzana, en una AGEB, integrado de 253 manzanas 8071 viviendas habitadas. La muestra de 164, (110 madres y 54 padres de adolescentes) se estimó para un análisis de regresión lineal múltiple, con un 95% de nivel de confianza, potencia de .90. Los instrumentos aplicados fueron la Escala de Autoeficacia para hablar de temas de sexo a sus hijos, con 17 reactivos y confiabilidad de .95; también se aplicó el instrumento de “Índice de Experiencias Espirituales Arraigadas”, con 7 reactivos y patrones de respuesta diferentes para cada uno. Se utilizó estadística descriptiva y las pruebas inferenciales Rho de Spearman y Regresión Lineal Múltiple.

Contribuciones y Conclusiones: La media de edad de los participantes fue de 43.6 años y la de mayor predominio entre 41-65. El arraigo en la religión con mayor frecuencia fue “no muy fuerte” (81=49.4%). La importancia de su fe en la vida diaria un 52.4% la considera muy importante. La frecuencia con que reza o hace oración en privado 47.6%, dice hacerlo una vez al día, mientras que la frecuencia de asistencia a algún curso de religión en el último año el 68.3% dijo que nunca y 13.4% pocas veces al año, y 12.2% una vez a la semana o mas. La media de autoeficacia de padres para hablar de temas de sexo a sus hijos fue de 35.40 ($DE=26.4$).

El modelo de regresión lineal en general fue significativo ($F=7.665, p<.001$), aunque solo la asistencia a cursos de religión en el último año influyó en la autoeficacia de los padres para hablar de temas de sexo a sus hijos adolescentes ($R^2=.21$). La variable la asistencia a cursos de religión en el último año que incrementa en .37 unidades la autoeficacia, mientras que los años de estudio la incrementan en .14 unidades.

Las prácticas religiosas en lo general son factores que influyen de forma positiva en la autoeficacia de los padres para hablar de temas de sexo a sus hijos adolescentes.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

Capítulo I

Introducción

En México de 1983 al 2004 han muerto 41,976 personas por Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), de estos aproximadamente el 93.5% lo adquirió a través de prácticas sexuales (Secretaría de Salud, [SS] 2004). Ésta es una de las razones por las cuales desde 1998 el programa de las Naciones Unidas para el VIH/ SIDA (ONUSIDA) decidió centrar su campaña mundial del SIDA en los jóvenes, ya que el 50% de las nuevas infecciones por VIH/SIDA, se produjeron en el grupo de edad de 10 a 24 años (Ramos & Cantú, 2003). Esta situación deja de manifiesto que los jóvenes se infectaron de 5 a 7 años antes, ya que este es el tiempo aproximado que tarda el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el organismo para manifestar síntomas del SIDA.

Actualmente los adolescentes en México inician su vida sexual activa a edades tempranas, los varones entre 13 y 17 años y las mujeres entre 14 y 17 años. Lo llevan a cabo sin orientación sexual previa, lo cual los hace vulnerables a embarazos no deseados, contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS), dentro de las cuales el SIDA es la más grave de ellas, al no existir aún un tratamiento para su curación. De acuerdo a estadísticas de la SS (2004), en mujeres de 15 a 19 años, el aborto es la segunda causa de egreso hospitalario. En el año 2000 para este grupo de edad, las causas obstétricas entraron a formar parte de las estadísticas como motivo de defunción. En los varones el VIH/SIDA se presenta como causa de mortalidad en el grupo de 15 a 19 años, destacando un subregistro importante de egresos hospitalarios por esta enfermedad.

En el caso particular de Guanajuato hasta noviembre de 2006 se reportaron 2,628 casos de SIDA, de los cuales 889 (33.8%) correspondieron a la ciudad de León, lugar donde se realizó el estudio, predominando en el sexo masculino con 723 casos (81.3%), siendo la transmisión sexual la principal vía de contagio con un 92.7%. Estas

cifras reflejan la magnitud de esta enfermedad en la ciudad de León, Guanajuato y a su vez sugiere otra situación que por generaciones ha existido en la sociedad, que es la falta de educación sexual u orientación en prácticas sexuales sin riesgo (Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato, 2006).

En el 2001 la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) aprobó la resolución “Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA”, la cual establece fortalecer estrategias, que reconozcan la importancia de la familia para reducir la vulnerabilidad al contagio, al educar y orientar a los niños y jóvenes, con programas de estudios que incluyan el VIH/SIDA. Esta declaración tiene como una de sus metas para el año 2010, que al menos el 95% de los jóvenes de ambos sexos de 14 a 24 años de edad tengan acceso a la información y la educación sobre el VIH, todo en colaboración con los jóvenes, las madres, los padres y las familias, en lo general.

En otro orden de ideas y entendiendo que la sexualidad forma parte del ser humano desde que nace hasta que muere, es deseable asumir, que así como la mayoría de los padres se esfuerzan en que sus hijos adquieran buenos modales y educación, sus hijos necesitan también comunicar sus inquietudes en materia sexual para vivir una adolescencia sana y segura (Rodríguez, 2005). La comunicación de los padres es de vital importancia debido a que ésta influye en las modificaciones de actitudes y conductas de los hijos adolescentes. Algunos padres creen que hablar a sus hijos sobre sexo, significa darles permiso para practicarlo. Pero se sabe que la manera en que se de la comunicación sobre temas de sexo, de padres a hijos, es un factor importante para que no desarrollen conductas de riesgo (Fondo de Población de las Naciones Unidas en México, 2003).

Existe además una gran contradicción, ya que los padres desean hablar de sexualidad con sus hijos, pero se sienten carentes de información para hacerlo y esto los hace sentirse inseguros, así mismo los adolescentes esperan que los padres sean quienes les hablen de estos temas (Durán, García, Ramírez & Sifuentes, 2000). También es

importante considerar que para que esta comunicación se de, los padres deben brindar confianza, mantener buenas relaciones con sus hijos, lo que influye en éstos de una manera positiva, lo que potencia la probabilidad de prevención de prácticas sexuales de riesgo (Hidrovo, Castellano & Nieto, 1998).

Para medir la capacidad que las personas perciben tener para realizar conductas específicas, como la comunicación que se tiene con los hijos, se ha trabajado con el término de autoeficacia. El concepto de autoeficacia se ha definido como los juicios de las personas acerca de sus capacidades para realizar una conducta en particular, ya que la autoeficacia ayuda a predecir si las personas podrán o no alcanzar el rendimiento adecuado para realizar aquello para lo que sienten confianza (Bandura, 1986).

El concepto de autoeficacia debido a su significado, contexto e implicaciones se ha utilizado para diversos fines. Los padres con un alto sentido de autoeficacia se involucran en el acompañamiento humano de sus hijos adolescentes para su bienestar. Lo cual les brinda seguridad en sus capacidades y habilidades, con lo que afrontan de una mejor manera los retos personales, como es hablar con sus hijos temas de sexo (Bandura 1986, 1997).

En León Guanajuato, no se ha estudiado la autoeficacia de los padres para hablar temas de sexo a sus hijos adolescentes, si tomamos en cuenta las estadísticas que nos hablan del incremento de casos de SIDA en población joven, así como de la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual a que esta expuesto este grupo de la población, se debería dar mas importancia al rol de los padres como educadores y/u orientadores de sus hijos adolescentes en cuanto a temas de sexualidad y para que ésta se de, es importante conocer la autoeficacia de los padres en el manejo de estos temas, ya que este conocimiento dará la pauta al personal de enfermería de detectar si los padres al hablar con sus hijos estos temas se sienten o consideran capaces, de nos ser así el profesional de enfermería puede desarrollar programas enfocados a los padres que les permita aumentar la capacidad que creen tener de poder hablar con sus hijos temas tan

importantes como es el brindar una educación sexual adecuada, por lo que el propósito de este estudio es: determinar la autoeficacia de los padres para hablar temas de sexo a sus hijos adolescentes.

Marco conceptual

El constructo que guió este estudio fue autoeficacia, de la teoría cognitiva social de Bandura (1977).

El concepto de autoeficacia es introducido por primera vez en el libro “Autoeficacia: Hacia una Teoría Integradora del Cambio Conductual”, escrito por Bandura en el año 1977. Es definida como “las creencias en la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar las situaciones futuras”. El constructo de autoeficacia está constituido por juicios específicos fríos y sin componente emocional, sobre las propias habilidades que las personas creen tener. Dicho constructo se evaluó por vez primera en dos estudios de Bandura y colaboradores (Bandura & Adams, 1977; Bandura, Adams & Beyer, 1977), a través de preguntas de autoeficacia, en las cuales fue necesario hacer un análisis conceptual del dominio conductual a estudiar, con la finalidad de establecer las conductas o habilidades específicas que los integran.

La autoeficacia sostiene que gran parte de la conducta humana persigue una finalidad e incluye los objetivos deseados. El establecimiento de objetivos esta influenciado por las autoestimaciones de las capacidades, de manera que mientras más fuerte sea la autoeficacia percibida es más el compromiso de la persona por alcanzarlo. Bandura señala que autoeficacia es la confianza que la persona tiene de sí misma para organizar y ejecutar acciones, con el objetivo de manejar situaciones prospectivas. También la autoeficacia se relaciona con los juicios acerca de su conocimiento y habilidad para realizar una actividad particular en la que se anticiparan resultados exitosos (Bandura, 1986, 1997).

La autoeficacia para propósitos del presente estudio se dirigió hacia los padres y su capacidad para hablar con hijos adolescentes acerca de sexo, con respecto a período menstrual, uso del condón, pastillas anticonceptivas, como resistir la presión de la pareja, y esperar a tener más edad para tener relaciones sexuales, tal como se presenta en la figura 1 (apéndice A).

Estudios relacionados

Se mencionan a continuación estudios encontrados hasta el momento respecto a autoeficacia en comunicación de temas de sexo de padres a hijos y otros respecto a la comunicación que existe de padres a hijos en temas sexuales. Primeramente aparecen los estudios realizados en México y posteriormente los del extranjero.

Durán J. y Durán L. Sánchez y Olvera (2008) estudiaron la percepción entre padres e hijos, acerca de la autoeficacia en comunicación en temas de sexo. La muestra la conformaron 186 adolescentes y uno de sus padres. El objetivo fue identificar la diferencia de percepción entre padres e hijos acerca de la autoeficacia en comunicación en temas de sexo e identificar si existe relación de esta con las creencias religiosas. Se encontró que la autoeficacia de los padres reportó una media mayor que la percibida por los hijos ($\bar{X} = 78.68$ vs 67.70 , $p < 0.05$); también se reportó que a mayor escolaridad mayor autoeficacia para comunicar a sus hijos temas de sexo ($r = .308$, $p < .001$); en relación al sexo de los hijos se vio que los padres comunican más temas de sexo a sus hijos que a las hijas ($\bar{X} = 80.97$ vs. 76.63).

Benavides (2007), estudió en 756 padres mexicanos con hijos adolescentes, de que manera las variables de comunicación de temas de sexo afectaban la autoeficacia de acuerdo al género de los padres, reportó en cuanto a autoeficacia para comunicar temas de sexo una media similar en padres y madres ($\bar{X} = 3.71$ y 3.72) de igual manera la religiosidad no mostró en las medias diferencias entre padres y madres ($\bar{X} = 2.03$ y 2.04). También reportó una correlación negativa de la autoeficacia con aspectos

religiosos ($r=-.093, p<.05$). Para autoeficacia en comunicación de temas de sexo fue de \bar{X} 3.71, ($DE=.086$) en una escala de 1 a 5, lo que sugiere que los padres en general tienen altos niveles de autoeficacia para hablar temas de sexo.

Márquez y Durán (2007) estudiaron la autoeficacia en comunicación sobre temas de sexo de padres a hijos, en 132 padres y madres de adolescentes. Los objetivos fueron conocer el nivel de autoeficacia en comunicación de temas de sexo con sus hijos adolescentes y determinar el efecto de escolaridad, género y edad de los padres en autoeficacia para comunicar temas de sexo con sus hijos. Encontrando que el índice total de comunicación promedio de padres a hijos fue de 80.6 ($DE=14.7$). Las variables género, edad y escolaridad de los padres para hablar de temas de sexo a sus hijos contribuyeron con una variación explicada de 8% ($F= 3.623; p <.015$). La prueba de Kruskal Wallis se utilizó para examinar las diferencias de autoeficacia en comunicación de padres y madres; según el género de los hijos ($X^2= 10.36; p <.016$), encontrando una diferencia significativa de medianas entre la comunicación de las madres para sus hijos(as) siendo más alta para las hijas ($Mdn = 90.4$), que para los hijos ($Mdn = 83.82$). Así mismo se realizó una correlación de Spearman para asociar los años de estudio de los padres con el índice de comunicación sobre temas de sexo ($r_s = .155, p < 0.03$).

Hernández (2002) estudió la relación que existe entre el apoyo que los padres perciben dar y la conducta sexual preventiva de VIH/SIDA en hijos adolescentes. Dentro del apoyo fue considerada una subescala de comunicación sobre temas de sexo. La población fue de 182 padres mexicanos de ambos sexos. El 64.3% de los entrevistados fueron madres; la edad predominante estuvo en el rango de 30 a 49 años, 29% reportó escolaridad profesional y el 83% tenía pareja. Se reportó que existe asociación entre apoyo en comunicación sobre temas de sexo, de los padres y la percepción de padres en conducta sexual preventiva de sus hijos adolescentes, ($r_s = .417, p <.001$). En este estudio se destaca que a una menor edad de los padres mayor percepción de comunicación hacia los hijos en temas de sexo ($r_s = .143, p < .03$).

Lehr, Demi, Dilorio y Facticeau (2005) identificaron las variables que influyen en la comunicación padre-hijo acerca de sexualidad. El estudio se sustentó en la teoría de Bandura, y se analizó la autoeficacia en comunicación sobre temas de sexo de padres a hijos. El estudio contó con 155 padres con hijos entre los 11 y 17 años. Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes: los temas que más hablan los padres con los hijos son enfermedades de transmisión sexual ($\bar{X}=2.91$, $DE=1.30$), como prevenir el embarazo ($\bar{X}=2.73$, $DE=1.34$), cuando tener relaciones sexuales ($\bar{X}=2.64$, $DE=1.23$), y que es lo que las madres piensan acerca de los adolescentes que tienen sexo ($\bar{X}=2.62$, $DE=1.44$).

Regnerus (2005) examinó en el estado de Texas las influencias religiosas en la comunicación del padre con los hijos acerca de sexo. La muestra de 159 padres se extrajo a partir de los datos de la Encuesta Nacional de la Juventud y Religión. Para obtener la información acerca de padres se aplicaron entrevistas por teléfono a 159 padres de los adolescentes, que practicaban diferentes religiones, la mayoría fueron protestantes seguidas de católicos. Los resultados muestran lo siguiente: en un rango de uno a cuatro la frecuencia con que los padres hablan a sus hijos acerca de sexo obtuvo una $Mdn=2.948$, ($DE=.93$), la facilidad con la que hablaron reportó una $Mdn=3.219$, ($DE=.84$). La importancia de la religión reportó $Mdn=3.447$, ($DE=.87$) y las prácticas religiosas determinaron que los padres hablaron más acerca de sexo con sus hijos ($p=0.05$) indistintamente del sexo.

Dilorio et al. (2001) midieron la autoeficacia de los padres y su asociación con la comunicación acerca de temas sexuales con los hijos adolescentes. La muestra fue de 491 madres con edades entre 25 a 68 años, ($\bar{X}=37.9$, $DE=6.9$). Un 33% de las madres estaban casadas y 89.2% terminó preparatoria, sus hijos tenían de 11 a 14 años y 61% eran varones. Los resultados esperados de autoeficacia mostraron que está se relacionó en discutir temas de sexo con sus hijos de ambos sexos ($r=.325$, $p<.000$). En la prueba t para comparación de medias, las madres de hijas expresaron más alto nivel de

autoeficacia para hablar de tópicos sexuales con sus hijas, que las madres de hijos varones ($t=3.43, p <.001$), por lo que se concluye que la autoeficacia se relacionó al género del hijo ya que las madres perciben una mayor capacidad para hablar de temas de sexo con sus hijas que las madres de hijos varones.

Miller y Whitaker (2001) examinaron la comunicación de madres de adolescentes acerca del condón. El estudio fue multicéntrico y se entrevistaron a 907 madres de adolescentes cuya edad estuvo entre los 14 y 17 años. En el análisis univariado se encontró que la comunicación de las madres a sus hijos acerca del uso del condón estuvo asociado a un mayor conocimiento de la madre acerca de temas de sexo, así como del SIDA. También las que reportaban una actitud menos conservadora en relación a la sexualidad de los adolescentes, hablaban del condón como una forma para cuidar su salud. En un análisis multivariado las madres de adolescentes que hablaron con sus hijos acerca del uso del condón tienen una actitud menos conservadora acerca de la abstinencia sexual antes del matrimonio ($OR= 0.73; 95\% IC= 0.54 - 0.74$), mayor habilidad en comunicarse en temas de sexo ($OR= 1.13; 95\% IC= 1.06 - 1.20$), mayor comodidad al hablar acerca de temas de sexo ($OR = 1.31; 95\% IC= 1.01-1.69$).

Dilorio et al. (2000) realizaron un estudio con el objetivo de valorar la autoeficacia de las madres para hablar a sus hijos(as) adolescentes acerca de sexo, así como saber porque unas hablaban con sus hijos y otras no, la muestra fue de 486 madres, 298 con hijos varones y 188 con mujeres. Se reportó que las creencias religiosas eran muy importantes para el 85% de las participantes. La autoeficacia en comunicación de madres para hijos (as) adolescentes, correlacionó con la edad de los adolescentes ($r=.274, p<.001$) y creencias religiosas ($r=.127, p<.01$). El análisis de regresión lineal múltiple para las variables educación de la madre, estado marital, creencias religiosas, sexo y edad de los adolescentes, reportó una variación explicada de (16%). La edad, sexo de los adolescentes y creencias religiosas reportaron una variación explicada de (29%).

De acuerdo a los estudios antes mencionados se puede asumir que la autoeficacia de los padres es un factor que influye para que hablen con sus hijos temas de sexo, se ha reportado que ésta, se relaciona entre otros factores a la importancia que tiene la comunicación, la familia, en algunos estudios a las creencias religiosas y a los conocimientos que los padres tienen acerca de estos temas. Se conoce que a mayor autoeficacia reportada de los padres, la manera en que hablan sobre temas de sexo a sus hijos favorece que éstos tengan mejor información, esperando con esto que no se involucren en prácticas de riesgo en relación a su comportamiento sexual.

Se ha demostrado que el nivel educativo, las prácticas religiosas y la edad de los padres, así como la edad de los hijos y su género son aspectos que se asocian para que los padres se sientan más capaces de poder transmitir esta información, que en la actualidad es vital para el adolescente, esto como medida para prevenir que contraigan enfermedades de transmisión sexual, con todas las consecuencias que esto puede tener en su vida.

Definición de términos

Autoeficacia para hablar temas de sexo: Creencias de los padres acerca de sus capacidades personales para hablar temas de sexo a sus hijos adolescentes, lo cual se midió por el instrumento “escala de autoeficacia para hablar de temas de sexo” creado por Dilorio y Cols., (2001).

Años de estudio: Fueron los años dedicados a estudiar que el participante refirió en el momento de la encuesta.

Prácticas religiosas: Son las acciones que las personas realizan con frecuencia en relación a una creencia religiosa que guía su vida espiritual y se evaluó con el instrumento “Índice de experiencias espirituales arraigadas” de Lynn.

Edad: Son los años que los participantes refirieron tener al momento de contestar la encuesta.

Género: Es lo que refirió la persona de su sexo en términos de ser hombre o mujer.

Objetivo

Conocer la autoeficacia de los padres para hablar de temas de sexo con sus hijos adolescentes.

Hipótesis

H1 A mayor cantidad de años de estudio de los padres mayor autoeficacia para hablar de temas de sexo a hijos adolescentes.

H2 A menor edad de los padres mayor autoeficacia de los mismos para hablar de temas de sexo a sus hijos.

H3 Las prácticas religiosas, edad, género y/o escolaridad, influyen en la autoeficacia de los padres en hablar temas de sexo a sus hijos.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describe el diseño del estudio, población, muestreo y muestra, criterios de exclusión, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de los datos, estrategias de análisis y consideraciones éticas.

Diseño del estudio

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo correlacional; (Polit & Hungler, 1999). se considero descriptivo por que se observó, describió y documentó una situación que ocurre de forma natural y correlacional porque se buscó asociar la autoeficacia que los padres creen tener para hablar temas de sexo a sus hijos, en relación con su edad, genero escolaridad y prácticas religiosas,

Población, muestreo y muestra

La población de estudio fue padres (padre o madre) que tienen en su familia un hijo(a) con edad entre 12 a 19 años, viviendo con ellos. Los cuales se seleccionaron a través de un muestreo aleatorio simple, por selección de viviendas en cada manzana, que corresponden a un AGEB compuesto por 253 manzanas y un total de 8071 casas habitadas, de la ciudad de León, Guanajuato, donde de acuerdo al INEGI se concentra la mayor cantidad de personas del grupo de edad antes mencionado (Apéndice B).

Se utilizó el programa *nQuery Advisor* versión 4.0 para la obtención de la muestra, se trabajó con un nivel de confianza de 95%, una potencia de .90, que resultó en un tamaño de muestra de 164 participantes. El tamaño de la muestra se obtuvo para realizar un análisis de regresión con cuatro variables independientes.

Criterio de exclusión

Padres de familia que no se encontraron en su domicilio en un máximo de dos visitas.

Instrumentos de medición

Para obtener la información de este estudio se utilizaron los siguientes instrumentos de medición, uno fue la “Escala de Autoeficacia para hablar Acerca de Temas de Sexo” (SECHAS) diseñada por Dilorio et al. (2001), que se encuentra integrada por 17 reactivos en una escala de tipo Likert con 4 opciones de respuesta que son 4 mucho, 3 algo, 2 muy poco y 1 nada. El valor mínimo de la escala es de 17 y el máximo de 68. Para el presente estudio el procesamiento de los datos se hizo a través de un índice de 0 a 100, donde a mayor puntaje mayor autoeficacia (Apéndice C).

Se aplicó también el cuestionario “índice de experiencias espirituales arraigadas”(IEEA), integrado por 7 preguntas, las cuales cuentan con diferentes opciones de respuesta; dos de estas preguntas tienen cuatro, tres tienen cinco , una con siete y finalmente una con ocho opciones de respuesta, por lo que se realizó un análisis individual para cada una de ellas (Apéndice D). A continuación un ejemplo de la misma

¿Qué tan importante o no importante es su fe religiosa, en la forma en que usted vive su vida diaria?

- a) Es la cosa mas importante
- b) Muy importante
- c) Un poco importante
- d) No muy importante
- e) No importa del todo

Los datos sociodemográficos de los padres se captaron en una cédula de datos personales (CDP) que incluyó el género de los padres, edad, años de estudio y género del hijo, (Apéndice E).

Procedimiento de recolección de los datos

El proyecto de estudio fue presentado ante los comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, para su revisión, quienes aprobaron el proyecto con recomendaciones que se incorporaron para su implementación.

Para llevar a cabo la recolección de datos, se utilizó el croquis del AGEB, seleccionado de la ciudad de León, Guanajuato, en donde previamente se había realizado un recorrido para contabilizar y numerar las viviendas habitadas de cada manzana, a fin de poder realizar la selección aleatoria. Las 164 viviendas seleccionadas fueron ubicadas de la siguiente manera, en primer lugar se identificó la manzana seleccionada, se inició el recorrido de éstas en el extremo sur-este, continuando en el sentido de las manecillas del reloj, contando cada una de las viviendas a fin de localizar la que correspondía al número seleccionado, una vez identificada la misma se dio a conocer a los padres el motivo de la visita, el objetivo del estudio y se solicitó su participación en él, a través del consentimiento informado (Apéndice F).

Una vez aceptada su participación se aplicó la encuesta de estudio. Cabe destacar que en el planteamiento inicial se consideró que la participación de los padres sería de un 50% los padres y 50% las madres, esta condición no se alcanzó debido básicamente a que el padre se encontraba ausente por motivos de trabajo. A los participantes seleccionados que no se localizaron en una primera visita se les programó una nueva visita, para lo cual se dejó en la vivienda un mensaje para informar de la misma y pedir su participación para la realización de esta investigación, solicitando los horarios que les fueran más convenientes a ellos, para que se llevara a cabo dicha visita.

También se previó que sólo en caso de que en la vivienda seleccionada no vivieran adolescentes, se visitaría la vivienda siguiente continuando el mismo sentido del recorrido, esto a fin de que la muestra que se planteó en el estudio se alcanzara.

Estrategias de análisis

Los datos del presente estudio se capturaron y analizaron en el paquete estadístico SPSS versión 15, en el cual se aplicó estadística descriptiva a las variables sociodemográficas de los participantes. Se construyó un índice de autoeficacia, estadística inferencial a través de la prueba de Kolmogorov Smirnov para determinar la distribución de las variables, las cuales no mostraron una distribución normal por lo que se les aplicó la prueba de *Rho* de Sperman.

Para el objetivo se aplicó un análisis de frecuencias y proporciones, para la hipótesis 1 y 2 se utilizó la prueba de correlación *Rho* Sperman, y para la hipótesis 3 se aplicó una regresión lineal para verificar el efecto de las variables, prácticas religiosas, edad, género y escolaridad de los padres, sobre la autoeficacia de los mismos para hablar de temas de sexo a sus hijos adolescentes.

Consideraciones éticas

El presente estudio se respaldó por lo dispuesto en la Ley General de Salud (Secretaría de Salud, 1988), en su título segundo “Los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos”.

Del Capítulo I, Artículo 13, se respetó al individuo al no solicitar su nombre, ya que la encuesta se aplicó de manera anónima, no tuvo ningún dato o registro que pudiera vincularlo al mismo. Se aseguró el respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar, que es algo a lo que tienen derecho todas las personas que son sujeto de estudio, por ello la entrevista se realizó en forma profesional con plena autorización y

con el compromiso de que la información se manejaría en forma confidencial, y que sería usada sólo por la persona responsable de la investigación.

Artículo 14, Fracción III, la autoeficacia es un valor propio de cada persona, por lo que para poder ser estudiada se requiere de la participación directa de los individuos.

De la Fracción V se brindó a cada uno de los participantes el consentimiento informado, donde se especificó el nombre y objetivo de estudio.

De la Fracción VII y VIII, el proyecto fue sometido a autorización a los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Artículo 20 y 21, Fracciones I, II, VI, VII, VIII, y IX, se informó a la persona participante el objetivo del estudio, además de que estaba libre de riesgos al participar, ya que sólo respondería una encuesta de manera anónima, esto se dio a conocer a través del consentimiento informado.

Artículo 22, Fracciones I y II, el consentimiento informado fue elaborado con la información necesaria para el participante, y fue revisado por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, para su evaluación y aprobación.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio mediante estadística descriptiva e inferencial. Primero se describen las características sociodemográficas de los participantes, entre las que se incluye los aspectos de sus prácticas religiosas. Las pruebas de correlación aplicadas a cada una de las variables. Los resultados se presentan en tablas.

Estadística descriptiva

De acuerdo a género, las madres ocuparon el 67.1% (110), los padres ocuparon el 32.9%.

Tabla 1

Edad y años de estudio de los padres

Edad del padre	<i>f</i>	%	Años de estudio	<i>f</i>	%
Menos de 30 años	6	3.7	0 años de estudio	12	7.3
30 a 35 años	24	14.6	de 1 a 3 años	19	11.6
36 a 40 años	30	18.3	4 a 6 años	58	35.4
41 a 45 años	39	23.8	7 a 9 años	51	31.1
46 a 50 años	34	20.7	10 a 12 años	14	8.5
51 a 55 años	15	9.1	13 a 15 años	5	3.0
56 a 61 años	16	9.7	mas de 15 años	5	3.0

Fuente: CDP

n = 164

La media de edad en los padres fue de 43.6 años, en la Tabla 1 se observa que la edad de mayor predominio fue entre 41- 45. Con respecto a los años de estudio 12 padres refirieron cero escolaridad, mientras que la mayor cantidad se ubica con menos de 6 años es decir en el nivel de primaria completa o incompleta con (47%), seguida de los que tienen hasta 9 años que los ubica en un nivel secundaria (31.1%).

Tabla 2

Arraigo de padres con su religión

Intensidad	<i>f</i>	%
Muy fuerte	24	14.6
Un poco fuerte	53	32.3
No muy fuerte	81	49.4
No tengo respuesta	6	3.6

Fuente: IEEA

n = 164

Con relación al arraigo que tienen a la religión, en la Tabla 2 se muestra que la mayor frecuencia se da para quienes consideran que no es muy fuerte el arraigo, seguida de quienes la consideran un poco fuerte.

Tabla 3

Tiempo dedicado a su práctica religiosa o espiritual

Tiempo	<i>f</i>	%
Varios momentos al día	29	17.7
Una vez a la semana	92	56.1
Una vez por mes	27	16.5
Una vez al año o menos	16	9.8

Fuente: IEEA

n = 164

En la Tabla 3 se aprecia el tiempo dedicado a sus prácticas religiosas o espirituales, la mayor frecuencia fue para una vez a la semana y la de menor para una vez al año o menos.

Al preguntarles que tan de acuerdo o no estaban con la frase “Dios esta a mi alcance”, el 84.8% (139) refirió estar de acuerdo mientras que el 15.3% (25) no estuvo de acuerdo.

Tabla 4

Importancia de la fe en su vida diaria

Importancia	<i>f</i>	%
Es la cosa mas importante	13	7.9
Muy importante	86	52.4
Un poco importante	42	25.6
No muy importante	15	9.1
No importa del todo	8	4.9

Fuente: IEEA

n = 164

En la Tabla 4 se observa que más del 50% de los padres consideran que es muy importante la fe en su vida diaria y para el 14% no es muy importante o no le importa.

Tabla 5

Importancia de su fe cuando tiene que tomar decisiones importantes

Importancia	<i>f</i>	%
Es la cosa mas importante	11	6.7
Muy importante	91	55.5
Un poco importante	37	22.6
No muy importante	15	9.1
No importa del todo	10	6.1

Fuente: IEEA

n = 164

De acuerdo a la Tabla 5 la fe es la cosa más importante o muy importante al tomar decisiones de relevancia en su vida.

Tabla 6

Frecuencia con la que usted reza o hace oración en privado

Frecuencia	<i>f</i>	%
Nunca	16	9.8
Menos de una vez al mes	7	4.3
Una vez al mes	5	3.0
Pocas veces al mes	7	4.3
Una vez a la semana	4	2.4
Pocas veces a la semana	14	8.5
Una vez al día	78	47.6
Mas de una vez al día	33	20.1

Fuente: IEEA

n = 164

La frecuencia con que los padres oran o rezan en privado, en Tabla 6 se observa que lo más frecuente fue una vez al día y la de menor frecuencia fue una vez a la semana.

Tabla 7

Frecuencia de asistencia a algún curso de religión en el último año

Frecuencia	<i>f</i>	%
Nunca	112	68.3
Pocas veces al año	22	13.4
Muchas veces al año	4	2.4
Una vez al mes	2	1.2
2 – 3 veces al mes	4	2.4
Una vez a la semana o mas	20	12.2

Fuente: IEEA

n = 164

La Tabla 7 destaca la frecuencia con que las personas asistieron a algún curso de su religión durante el último año, destacando que solo el 12.2%(20) asistió al menos una vez a la semana o mas, y un 68.3%(112) nunca fueron a uno durante ese periodo de tiempo.

Tabla 8

Confiabilidad del instrumento

Instrumento	Reactivos	Alpha de Cronbach
Escala de Autoeficacia para Hablar temas de Sexo con sus Hijos	1-17	.95
Fuente: SETCHAS		n=164

En la Tabla 8 se muestra la confiabilidad del instrumento, la cual es aceptable.

Tabla 9

Índice de autoeficacia

	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Índice de Autoeficacia	35.40	26.4	0	100
Fuente: SETCHAS				n=164

La Tabla 9 muestra los valores generados al momento de modificar el instrumento a índice, para su manejo estadístico, y a la vez responde el objetivo de estudio que dice “conocer la autoeficacia de los padres para hablar temas de sexo a hijos adolescentes”, la cual refleja una autoeficacia baja de los padres (*Mdn*= 35.40, *DE* = 26.4).

Estadística Inferencial

Tabla 10

Prueba de Kolmogorov-Smirnov

Variables	\bar{X}	DE	D	Valor de p
Índice de autoeficacia de padres para hablar de temas de sexo a los hijos	35.4	26.4	1.83	.003
Edad	43.6	8.2	.675	.752
Años de Estudio	6.8	3.7	1.75	.004
Que tan arraigada tienen su religión	2.6	1.0	2.4	.000
Que tan importante es su fe cuando tiene que tomar decisiones importantes	2.5	1.0	4.1	.000
En el último año, con que frecuencia ha asistido a una escuela dominical o de educación religiosa, como catecismo	1.98	1.84	4.93	.000

Fuentes: CDP y SETCHAS

n=164

En la Tabla 10 se muestra que en la mayoría de las variables (exceptuando la edad), no presentó distribución normal. Por lo anterior se utilizaran pruebas no paramétricas, para el análisis de los resultados en este estudio.

En respuesta a la hipótesis 1 “a mayor cantidad de años de estudio de los padres mayor autoeficacia para hablar de temas de sexo a hijos adolescentes”, se observó que si existe correlación entre estas dos variables.

Tabla 11

Correlación de variables

Autoeficacia de los padres para hablar de temas de sexo a sus hijos adolescentes	r_s	Valor de p
Edad de Padres	-.005	.950
Escolaridad	.409	.000

Fuentes: CDP y SETCHAS n=164

En la Tabla 11 se muestran los resultados que responden la hipótesis 2 “A menor edad de los padres mayor autoeficacia de los mismos para hablar de temas de sexo a sus hijos” donde es evidente que no existe dicha relación, sin embargo también se observó que los años de estudio si tuvieron relación con esta misma variable.

Tabla 12

Regresión lineal múltiple para las variables edad, años de estudio y religión

Modelo 1	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p
Regresión	18396.16	4	4599.04	7.665	.000
Residual	95400.48	159	600.00		
Total	113796.64	163		$R^2=21\%$	

Fuentes: CDP y SETCHAS n=164

De acuerdo a la Tabla 12 el modelo de ANOVA es significativo ($F_{(4,159)} = 7.665$, $p < .001$).

Tabla 13

Contribución de las variables independientes sobre la autoeficacia de padres para hablar de temas de sexo a sus hijos.

Variablen	<i>B</i>	<i>Error estándar</i>	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Constante	10.554	14.374	.734		.464
Asistencia a cursos de religión en el último año	9.644	1.961	.374	4.919	.000
Edad	.145	.236	.046	.615	.540
Años de estudio	1.007	.534	.142	1.884	.061
Importancia de la fe para tomar decisiones importantes	-2.740	4.137	-.050	-.662	.509

Fuentes: CDP y SETCHAS

n=164

En la Tabla 13 permite señalar que la variable asistencia a cursos de religión en el último año si afecta la autoeficacia de padres en comunicación de temas de sexo a hijos adolescentes, por cada aumento en la desviación estándar de la asistencia a cursos de religión, aumenta. 37 unidades la autoeficacia.

Capítulo IV

Discusión

En el presente capítulo se discuten los resultados obtenidos en el estudio, de acuerdo al objetivo y las hipótesis planteadas para el mismo, apoyados en la revisión previa de la literatura. El estudio se realizó en la zona urbana de León, Guanajuato; con la participación de 164 padres de familia, de los cuales 110 fueron madres. Esto pudo deberse a que las madres son quienes casi siempre se encuentran en el hogar, ya que el padre por lo general se desplaza fuera de su casa para trabajar.

El índice de autoeficacia de padres para hablar de temas de sexo a sus hijos, que se encontró en este estudio realizado en el centro del país, fue menor que el reportado por Durán ,et al., (2008), y por Márquez y Durán (2007) lo que pudiera atribuirse a que la población no se considera capaz de hablar de estos temas con sus hijos, ya que a diferencia de la población de la zona norte del país que se considera mas abierta y con mayor apertura para comunicarse con sus hijos adolescentes, en la zona centro esto no es así, o al menos los padres no lo perciben así esto demostrado por el la media del índice de autoeficacia que apenas alcanzó la mitad comparada con los primeros.

En cuanto a los años de estudio de acuerdo a los resultados se encontró que si hubo relación de éstos con la autoeficacia que los padres tienen para hablar temas de sexo a sus hijos, ya que se vio que entre mas años de estudio tienen, la autoeficacia se incrementa, lo cual era uno de los planteamientos principales del estudio. Se debe considerar sin embargo, que de acuerdo con lo mencionado en el párrafo anterior que la autoeficacia fue menor al de la población del norte del país, en la población que se estudio, también el promedio de años de estudio es mucho menor.

De acuerdo a los resultados encontrados solo la asistencia a cursos de religión durante el último año, fue factor importante en los padres para hablar de temas de sexo a sus hijos adolescentes, esta variable explicó en un 21% la autoeficacia para hablar de temas

de sexo a sus hijos adolescentes. En el estudio de Dilorio et al., (2000) y Durán J, y Cols., (2008) la variable religión no fue relevante, sin embargo cabe mencionar que la manera en que se preguntó esta variable al parecer no refleja el arraigo en creencias.

Benavides (2007) también encontró que la religiosidad en padres mexicanos no reporto relación alguna con autoeficacia para hablar temas de sexo con los hijos, y señala que la religiosidad de los padres es baja, mientras que en la población de este estudio es alta, debido a que culturalmente el centro del país se caracteriza por su arraigo en la religión, como quedo demostrado en el presente estudio.

También Regnerus (2005) al examinar la influencia de las prácticas religiosas con el hecho de que los padres hablen de sexo a sus hijos, encontró que el asistir a servicios religiosos tiene relación con que los padres hablen de sexo a sus hijos adolescentes, en el estudio que se presenta sucede algo similar pues pareciera que la importancia de la fe al tomar decisiones importantes tiene relación con que los padres realmente se perciban autoeficaces para hablar de temas de sexo con los hijos.

Dilorio et al.,encontraron que la religiosidad junto con edad y escolaridad explicaron en un 16% la autoeficacia de los padres para hablar de temas de sexo a sus hijos adolescentes. Lo anterior puede estar relacionado a las variables que se consideraron y la fuerza de la relación de las mismas, podrían tener algún efecto en la variable principal.

La relación entre autoeficacia para hablar de temas de sexo mostró que a mayor educación existe mas autoeficacia para que los padres hablen de temas de sexo, este hallazgo es similar a lo reportado por Márquez y Durán (2007), quienes también reportaron dicha relación, esto corrobora que la escolaridad es una variable importante para que los padres se perciban autoeficaces para hablar de temas de sexo a sus hijos adolescentes.

En este estudio se encontró además que los padres se perciben autoeficaces para hablarles a sus hijos acerca de la importancia de usar condón para evitar contagiarse de SIDA, en este sentido Miller y Whitaker (2001) reportaron que los padres hablaron con sus hijos al respecto como una manera de proteger sus relaciones sexuales y cuidar su salud,

esto se relacionó con mayor habilidad para hablar del tema de sexo con sus hijos adolescentes.

Conclusiones

Los datos obtenidos muestran que la población estudiada tiene un importante arraigo a su religión y prácticas religiosas.

La edad de los padres predominó en el grupo de 41 a 45 años, sin embargo no se encontró relación entre esta y la autoeficacia para hablar temas de sexo a sus hijos adolescentes.

Se encontró que la asistencia a cursos de religión fue el factor que influye de forma positiva en la autoeficacia de los padres para hablar temas de sexo a sus hijos adolescentes.

El tema en el cual los padres consideraron tener más autoeficacia para hablar con sus hijos, fue en relación al uso del condón como medida preventiva para protegerse de enfermedades de transmisión sexual como el SIDA.

Recomendaciones

Realizar estudios en un sector más amplios de la población de la ciudad de León, para aprovechar la utilidad del instrumento, donde se incluyan además algunas variables de tipo sociodemográfico, económico y cultural. Y poder establecer comparativos con lo reportado en la zona norte de México.

Debido a que la autoeficacia en los padres es fundamental para que hablen con los hijos adolescentes de temas de sexo, se considera importante que a través de orientación de estos temas los padres puedan incrementar su autoeficacia y con esto orientar a sus hijos de una mejor manera. La labor de enfermería es hacer hincapié en estó, ya que una vez que se ha detectado que existe baja autoeficacia de los padres, se puede implementar

cursos que se enfoquen a incrementar los conocimientos de los padres y de esta manera incidir en su autoeficacia.

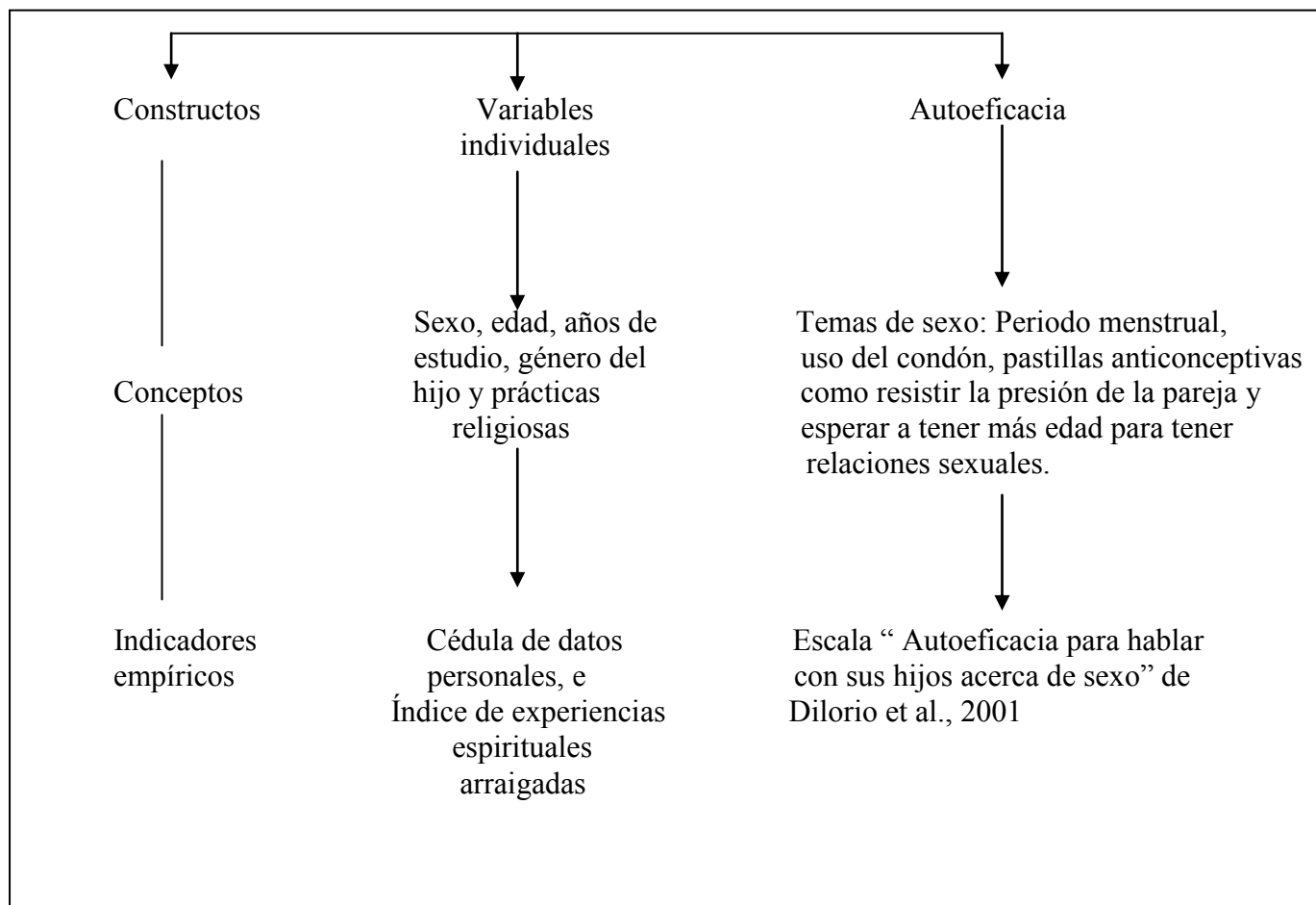
Referencias

- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A., & Adams, N. E. (1977). *Analysis of self-efficacy theory of behavioral change*. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 287-308.
- Bandura, A., Adams, N.E., & Beyer, J. (1977). *Cognitive processes mediating behavioral change*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 125-139.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and Action: A social Cognitive theory*. Englewood Cliffs, NS: Princenton Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- Benavides, R. (2007). *An interaction model of parents and adolescent influences on Mexican adolescent intentions for contraception and condom use (Dissertation Doctoral, University of Texas at Austin) Proquest Digital Dissertation, AA3322*.
- Consejo Nacional para la Prevención y control del VIH/SIDA (2004). *Panorama epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México*.
- Coordinación de programa VIH/SIDA/ETS. Instituto de Salud Pública del estado de Guanajuato, (2006).
- Dilorio, C., Resnicow, K., Dudley, W.N., Thomas S., Wang, D.T.&Van Marter D. F., (2000). *Social Cognitive Factors Associated with Mother-Adolescent Communication About Sex. Journal of Health Communication. 5; 41-51*.
- Durán L.M.R., García B. M.A., Ramírez R.J.D., Sifuentes L.D. E. (2000). *Conocimiento Actitudes, y Necesidades de Apoyo en Adolescentes para Prevención de SIDA. Científico de Enfermería Vol. 8(10); 291-294. México*.

- Durán, J.M, Durán L.M, Sánchez A, Olvera M (2008). Percepción padres e hijos: autoeficacia de padres para comunicar temas de sexo. *Desarrollo Científico de Enfermería*. 16 (4), 170-174.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas en México. (UNFPA, 2003). Estado de la población mundial. Promoción de comportamientos más saludables. Involucran a padres y madres. Recuperado noviembre 2005 de, <http://www.unfpa.org/swp/2003/español/ch3/index.page2y3html>.
- Hernández, S. J. (2002). *Apoyo a padres y conducta sexual preventiva para VIH/SIDA en hijos adolescentes*. Tesis Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Hidrovo, B., Castellano, L. & Nieto G. (1998). *Factores protectores familiares para prevenir conductas de riesgo en adolescentes de un colegio de la ciudad de Quito*, s/p.
- Lehr, S., Demi, A., Dilorio C. & Facticeau, J. (2005). Predictors of Father-Son Communication About Sexuality. *The Journal of Sex Research*, 42(2), 119-130.
- Márquez, V.M. & Durán, L. M. (2007). Autoeficacia en comunicación de padres a hijos sobre temas de sexo. *Desarrollo Científico de Enfermería*. 15(1), 12-15.
- Miller, K & Whitaker, D (2001). Predictors of Mother-Adolescent discussions about condoms: Implications for providers who serve youth. *Official journal of the American Academy of Pediatrics*, 108 (2), 1-7.
- Organización de las Naciones Unidas (2001) Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA.
- Ramos, C.T & Cantú, M.P. (2003). El VIH/SIDA y la adolescencia. *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición*, 4(4), s/p.
- Regnerus, M.D. (2005). Talking About Sex: Religion and Patterns of Parent-Child Communication About Sex and Contraception. *The Sociological Quarterly*, 46, 79-105.
- Rodríguez, A. (2005). Hable de sexo con sus hijos. *El mundo suplemento salud*, 631

Secretaría de Salud (2004). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. (7^a.ed) México, Porrúa.

Apéndice A

Estructura Conceptual Teórica Empírica

Apéndice B

Tablas de selección aleatoria

No de manzana	No. de vivienda seleccionada	No de manzana	No. de vivienda seleccionada
2	36, 50, 55	4	80
5	110	6	137
9	232	12	266, 274
14	317	15	338
16	366	18	428
20	446	21	467, 488
22	504, 520, 525	23	541
24	575, 582	27	634
28	684	29	692
30	794	33	822, 843
34	864, 878	36	908
42	1040	43	1084
44	1103	45	1133
46	1165	48	1217
49	1284	51	1371
53	1415	54	1446
59	1506, 1507	60	1529
63	1628	64	1657
65	1670, 1675	67	1705
72	1892	74	1907
76	1471	77	1994
81	2038	88	2210

Apéndice B (cont...)

No. de manzana	No. de vivienda seleccionada	No. de manzana	No. de vivienda seleccionada
90	2250, 2261	94	2325
105	2510	107	2612
114	2758	115	2833, 2842, 2859, 2869, 2872
117	2933	118	2985
119	3029, 3048, 3044	120	3064, 3080, 3106, 3116, 3119
121	3151	122	3251
125	3379	127	3432
133	3597	134	3262
135	3674	138	3742
139	3782, 3798	142	3938
143	3957, 4003, 4036, 4046	144	4108
147	4160	148	4167, 4168
149	4210	150	4217, 4243
151	4253	154	4382
155	4398	156	4926, 4435
157	4455	160	4514
172	4759	178	4914
189	5096	192	5153, 5161
193	5207	197	5320
200	5454	203	5564
204	5611	205	5624
207	5710, 5745, 5748	208	5757, 5797, 5800
209	5810	210	5855
212	5985	213	6072

1 Apéndice B (cont...)

No. de manzana	No. de vivienda seleccionada	No de manzana	No. de vivienda seleccionada
214	6135	215	6155
216	6227, 6236, 6265	217	6293, 6337
221	6483	223	6353, 6660
229	7024, 7076, 7112	230	7184, 7198,
231	7288	233	7325
235	7377, 7424	236	7449, 7457
238	7541	239	7550
242	7612.	244	7667,
245	7676	247	7768
249	7876	250	7909, 7917, 7922, 7935
251	7950, 7965, 7977	253	8042

Apéndice C

Instrumento Autoeficacia para hablar con sus hijos acerca de sexo

Este instrumento tiene derechos reservados por el autor y la institución donde labora, de requerir utilizarlo favor de comunicase con la Dra Dilorio, su e-mail es:

cdiiori@sph.emory.edu

Apéndice D

Intrumento índice de experiencias espirituales arraigadas

Instrucciones: las siguientes preguntas corresponden a sus creencias religiosas y experiencias espirituales. No existen respuestas correctas o incorrectas. En cada pregunta circule el número de la respuesta que es verdadera para usted.

1. Que tan arraigada considera usted que tiene su religión (u orientación espiritual) de acuerdo a lo que sabe de la misma.
 - a) Muy fuerte
 - b) Un poco fuerte
 - c) No muy fuerte
 - d) No del todo
 - e) No tengo respuesta

2. Más o menos cuanto tiempo dedica a su religión o a sus prácticas espirituales.
 - a) Varios momentos al día - Varios momentos por semana
 - b) Una vez por semana – Varios momentos al mes
 - c) Una vez por mes – varios momentos por año
 - d) Una vez al año o menos.

3. Indique que tan de acuerdo o desacuerdo esta con la siguiente frase “Dios está a mi alcance”
 - a) Definitivamente en desacuerdo
 - b) Estoy en desacuerdo
 - c) Estoy de acuerdo
 - d) Definitivamente de acuerdo

4. Qué tan importante o no importante es su fe religiosa, en la forma en que usted vive su vida diaria.

- f) Es la cosa mas importante
- g) Muy importante
- h) Un poco importante
- i) No muy importante
- j) No importa del todo

5. Qué tan importante o no importante es su fe religiosa, en la forma en que usted toma las decisiones mas importantes de su vida.

- a) Es la cosa mas importante
- b) Muy importante
- c) Un poco importante
- d) No muy importante
- e) No importa del todo

6. Cuantas veces usted reza o hace oración en privado, esto es, cuando usted esta solo, no en otros lugares como una iglesia o templo.

- a) Nunca
- b) Menos de una vez al mes
- c) Una vez al mes
- d) Pocas veces al mes
- e) Una vez a la semana
- f) Pocas veces a la semana
- g) Una vez al día
- h) Mas de una vez al día

7 En el último año, ¿Con que frecuencia ha asistido a una escuela dominical o de educación religiosa, como catecismo?

- a) Nunca
- b) Pocas veces al año
- c) Muchas veces en el año
- d) Una vez al mes
- e) 2 – 3 veces al mes
- f) Una vez a la semana
- g) Más de una vez a la semana

Apéndice E

Cédula de datos personales

Sexo _____

Edad _____

Años de estudio _____

Sexo del hijo (s) _____

Apéndice F

Carta de consentimiento informado

Autoeficacia para hablar con sus hijos acerca de sexo

Introducción

La Lic. Artemisa me invito a participar en el estudio que realiza como requisito para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería, que otorga la Universidad Autónoma de Nuevo León. El estudio se llama “Autoeficacia de padres de adolescentes para hablar de temas de sexo”.

Objetivo

Conocer la autoeficacia para hablar de temas de sexo a hijos adolescentes.

Procedimiento

La Lic. Artemisa me explicó que mi participación sería contestar algunas preguntas relacionadas con mis datos personales como mi edad, años de estudio, edad y sexo de mis hijos, así como preguntas relacionadas a mis prácticas religiosas, y una segunda encuesta donde responderé a preguntas acerca de si puedo explicar a mi hijo(a) adolescente algunos temas de sexo, me explicó que tendré varias opciones de respuesta para cada pregunta.

Riesgos e inquietudes

La Lic. Artemisa me dijo que mi participación en su estudio no tiene ningún riesgo, ya que se concretará en responder unas preguntas y no habría ningún procedimiento que pudiera poner en riesgo mi integridad física. Me dijo que en caso de que tuviera alguna duda ella me la respondería, así como también que si decidía no continuar respondiendo la encuesta, lo podría hacer sin temor a represalias de su parte de ninguna índole.

Beneficios esperados

Me ha informado que al participar en su estudio no me haría acreedora de ningún beneficio personal.

Costos

Se me explicó que mi participación no tendrá ningún costo.

Autorización para el uso y distribución de información para investigación.

Me ha solicitado la Lic. Artemisa mi autorización para hacer uso de la información que yo proporcione para fines de investigación, la cual se analizará en forma general y sus resultados serán dados a conocer a través de su trabajo final.

Confidencialidad

Se me explico que la información que yo proporcione sólo será utilizada por ella como responsable del estudio y que nadie más podrá hacer uso de mi información. Los datos serán analizados en forma general y se emplearán exclusivamente con fines científicos.

Preguntas

En caso de que me surjan dudas con respecto al estudio o tenga interés por conocer mas sobre el tema podré comunicarme al teléfono 7 11 36 99 con la responsable del estudio Lic. Artemisa Vite Ramírez o bien con el director de tesis a la Facultad de Enfermería de la UANL, a la Subdirección de Posgrado e Investigación al teléfono 01 81 83481847 con la M. E. Ma. del Refugio Durán López .

Consentimiento

Después de haber sido informada de todo lo que aquí dice, he aceptado participar en forma voluntaria en el estudio de autoeficacia de padres para hablar de temas de sexo a hijos adolescentes.

Nombre y firma del participante

Fecha

Nombre y firme del primer testigo

Dirección

Fecha

Nombre y firma del segundo testigo

Dirección

Fecha

Investigador: Artemisa Vite Ramírez

Teléfono 7113699

Fecha

RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Lic. Artemisa Vite Ramírez

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: AUTOEFICACIA DE PADRES GUANAJUATENSES PARA HABLAR
TEMAS DE SEXO A HIJOS ADOLESCENTES

Biografía: Artemisa Vite Ramírez; nacida en el municipio de León en el Estado de Guanajuato, el 5 de octubre 1970; hija del Sr. Serafín Vite Rangel y la Sra. Josefina Herlinda Ramírez Guzmán.

Educación: Egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México con el grado de Licenciada en Enfermería y Obstetricia en el 2004.

Experiencia profesional: Enfermera Especialista Intensivista en la Unidad Médica de Alta Especialidad No.1, Bajío del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del 15 de febrero de 1998 a la fecha.

E-mail: viyaki8@yahoo.com.mx