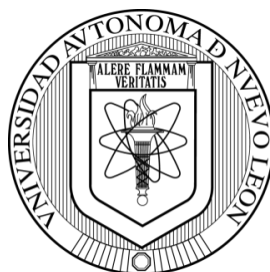


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



EMPODERAMIENTO EN LAS CONDUCTAS SEXUALES DE LOS
ADOLESCENTES

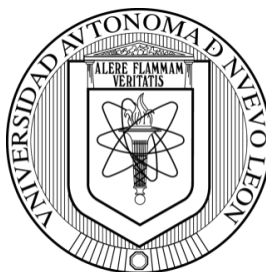
Por

L.E. AMAYRANI JUÁREZ PÉREZ

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

AGOSTO, 2023

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



EMPODERAMIENTO EN LAS CONDUCTAS SEXUALES DE LOS
ADOLESCENTES

Por

L.E. AMAYRANI JUÁREZ PÉREZ

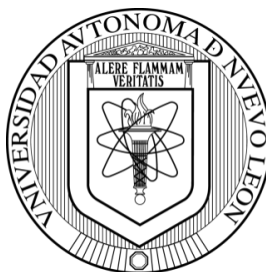
Director de Tesis

DRA. ROSALVA DEL CARMEN BARBOSA MARTÍNEZ

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

AGOSTO, 2023

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



EMPODERAMIENTO EN LAS CONDUCTAS SEXUALES DE LOS
ADOLESCENTES

Por

L.E. AMAYRANI JUÁREZ PÉREZ

Asesor Estadístico

DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA

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

AGOSTO, 2023

EMPODERAMIENTO EN LAS CONDUCTAS SEXUALES DE LOS
ADOLESCENTES

Aprobación de Tesis

Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez

Director de Tesis

Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez

Presidente

Dra. María Aracely Márquez Vega

Secretario

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) por la beca proporcionada para realizar mis estudios de posgrado.

A la Dra. Rosalva de Carmen Barbosa Martínez, por su acogimiento desde la primera interacción; gracias por brindarme conocimiento, confianza y apoyo durante mi estancia en el posgrado. La admiro tanto profesional como personalmente, gracias por mostrarme una visión diferente de la disciplina.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, por brindarme la oportunidad de realizar mis estudios en el programa de Maestría en Ciencias de Enfermería en modalidad presencial.

A la Dra. María Aracely Márquez Vega y Dra. Raquel Alicia Benavides Torres, por su acertada retroalimentación y consejos por el bien de la investigación.

A mis amigos: Fabiola, Jairo, Octavio, Danilo, Karla, Omar, Ana, y Alan, fueron piezas importantes tanto en mi estancia en el posgrado, como en Monterrey; gracias por las risas, aprendizaje, apoyo y compañía.

Al Pbro. Pepe Esteban Martínez, por su labor con Foráneos de Betania (ForBet) y por acoger a tantos estudiantes, - entre ellos yo-, cada martes en su parroquia; así como las personas que se fueron sumando estos dos años y que aportaron momentos gratos e inolvidables.

A mis amigos Luis Francisco, José Luis y Mark Anthony, por su apoyo incondicional desde mi decisión de estudiar un posgrado hasta ahora, así como sus palabras de aliento.

Finalmente, a los Juárez y Pérez que apoyan y me siguen en mis decisiones, por su cariño, afecto y las calurosas palabras de aliento. Nunca terminaría de agradecerles.

Dedicatoria

A Dios, por darme sabiduría y perseverancia para poder realizar este sueño, así como haber puesto a las personas correctas mientras estuve lejos de mi hogar.

A mis padres, Francisco y Diana, quienes siempre han sido mi soporte y han apoyado mis decisiones; por no dejarme sola, por recordarme que soy capaz y aliviar mi corazón cuando las cosas no salían como lo esperaba.

A mis hermanos, Uriel y Dianelly, por estar al pendiente de mí, a pesar de la lejanía. Por todo el apoyo y consuelo que me brindaron cuando creía que no podía más; por ser la voz de la razón cuando mi ansiedad era la que hablaba.

A mis abuelos, Benjamín y Margarita, por darme todo su cariño y apoyo desde que tengo memoria.

A la familia Gutiérrez Pérez, así como Annel y Zuria, por estar al pendiente de mí, por su apoyo y cariño.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Conceptual	6
Estudios Relacionados	11
Definición de Términos	19
Objetivo General	20
Objetivos Específicos	20
Capítulo II	
Metodología	21
Diseño del Estudio	21
Población, Muestreo y Muestra	21
Criterios de Inclusión	22
Criterios de Eliminación	22
Instrumentos	22
Procedimiento de Recolección de Datos	23
Consideraciones Éticas	24
Plan de Análisis de Datos Estadísticos	26
Capítulo III	
Resultados	28
Consistencia Interna de los Instrumentos	29
Nivel de Empoderamiento	30
Conductas Sexuales	32
Diferencia entre Empoderamiento	36
Diferencia entre Conductas Sexuales	37
Relación entre las variables de estudio	38

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	40
Conclusiones	45
Limitaciones	47
Recomendaciones	47
Referencias	48
Apéndices	55
A. Cédula de Datos Personales	56
B. Escala Global de Empoderamiento Adolescente	57
C. Escala de Conducta Sexual (Mujeres)	61
D. Escala de Conducta Sexual (Hombres)	68
E. Consentimiento Informado para padre o tutor del adolescente	75
F. Carta de Asentimiento para adolescentes	77
G. Consentimiento Informado para el adolescente	79
H. Infografía sobre Diferencias entre Salud Sexual y Salud Reproductiva	81

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Datos sociodemográficos	28
2. Datos reproductivos	29
3. Consistencia interna de los instrumentos	30
4. Nivel de empoderamiento global de los adolescentes	30
5. Nivel de empoderamiento de los adolescentes, por sexo	31
6. Empoderamiento por dimensiones	31
7. Debut sexual de los adolescentes	32
8. Edad de inicio de vida sexual	32
9. Edad de la última pareja sexual	33
10. Conductas sexuales en mujeres en los últimos 3 meses	33
11. Conductas sexuales en hombres en los últimos 3 meses	34
12. Sexo anal en adolescentes	35
13. Sexo oral en adolescentes	35
14. Prueba de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors	36
15. Diferencia de empoderamiento entre hombres y mujeres	36
16. Diferencia en conductas sexuales entre hombres y mujeres	37
17. Matriz de coeficiente de correlación de Spearman	38
18. Modelo de regresión lineal de las variables de estudio	39
19. Modelo de regresión lineal, sexo masculino	39

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Modelo de Empoderamiento Reproductivo (MER)	8
2. Estructura Conceptual-Teórico-Empírica de Empoderamiento	10
3. Estructura Conceptual-Teórico-Empírica de Conductas Sexuales	11

Resumen

L.E. Amayrani Juárez Pérez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de graduación: Agosto, 2023

Título del estudio: EMPODERAMIENTO EN LAS CONDUCTAS SEXUALES DE LOS ADOLESCENTES

Número de Páginas: 81

Candidata para obtener el Grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

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

Propósito y Método del estudio: Los adolescentes han sido un sector de la población al que se le ha mostrado interés respecto a su sexualidad, debido a que en esta etapa puede llevarse a cabo el debut sexual, lo que los predispone a presentar diversas conductas sexuales. Se propone el uso del Modelo de Empoderamiento Reproductivo el cual se refiere al empoderamiento como un proceso dinámico y multinivel que conecta a individuos, comunidades y actores a través de una red de relaciones e interacciones. El propósito del presente estudio fue determinar la relación del empoderamiento en las conductas sexuales de las y los adolescentes. El estudio fue correlacional descriptivo de tipo transversal, el muestreo fue aleatorio estratificado por sexo, la muestra estuvo conformada por 257 adolescentes de 15 a 19 años, inscritos en una institución pública de nivel superior del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial para dar respuesta a los objetivos planteados.

Contribución y Conclusiones: Se identificó el nivel de empoderamiento de los adolescentes y su relación con sus conductas sexuales. En cuanto al nivel de empoderamiento global, se observó una proporción igual (33.9%; 87) entre los niveles bajo y alto. El 37.5% (36) del sexo femenino se clasificó en el nivel alto, mientras que, en el sexo masculino, la mayoría se clasificó en el nivel de empoderamiento bajo (37.9%; 61). En cuanto a las conductas sexuales, se observó que 37.5% (36) de las mujeres y 45.4% (73) de los hombres, ya habían iniciado su vida sexual, con una $M=15.42$ años ($DE=1.40$) y $M=14.68$ años ($DE=1.71$), respectivamente. El 38.9% (14) de las mujeres refirió haber tenido alguna vez sexo anal, mientras que en los hombres se reportó el 39.7%; respecto al sexo oral, 88.9% (32) de las mujeres ha practicado sexo oral alguna vez en su vida y el 72.2% (26) lo han realizado en los últimos tres meses. Por su parte, el 75.3% (55) de los hombres han practicado sexo oral y el 56.2% (41) han dado sexo oral en los últimos tres meses. No se encontró diferencia en las conductas sexuales de los adolescentes ($p>.05$). Se identificó una correlación positiva débil entre el empoderamiento y las conductas sexuales ($\rho=.19$; $p<.01$), al igual que la dimensión de agencia con las conductas sexuales ($\rho=.20$; $p<.01$).

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), los adolescentes representan el 65% del total de la población; en esta etapa se presentan diversos cambios físicos, emocionales y sociales, además frecuentemente están expuestos a tener conductas sexuales de riesgo. El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2020) reporta que, la edad promedio del inicio de vida sexual de los adolescentes es de 15.5 años; lo que coincide con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2020) quien reporta que el 21.2% de los adolescentes mexicanos inician su vida sexual a temprana edad, siendo el 24.4% de los hombres y el 18% de las mujeres, de los cuales el 19.1% de ellos no utilizó un método anticonceptivo en su debut sexual (14% y 26.1%, respectivamente).

En cuanto a embarazos en la adolescencia, la OMS (2020) indica que unos 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz cada año, con una tasa de 43 nacimientos por cada mil niñas. En la región de las Américas, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2018) reportó que, América Latina y el Caribe son las subregiones con la segunda tasa más alta en el mundo de embarazos en adolescentes, estimando una tasa de 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas, donde el 15% de todos los casos ocurre en menores de 20 años.

Por otro lado, de acuerdo con el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES, 2021), México ocupa el primer lugar entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) de embarazo en adolescentes con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes entre 15 y 19 años, es decir que, al año ocurren aproximadamente 340 mil nacimientos en mujeres menores de 19 años.

Respecto al contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), se estimó que en el año 2020 hubo 374 millones de nuevas infecciones a causa de cuatro ITS:

clamidiasis, blenorragia, sífilis y tricomoniasis, asimismo, más de 500 millones de personas de 15 a 49 años son portadoras del virus que provoca la infección genital por virus del herpes simple (OMS, 2021). En este mismo sentido, en América, aproximadamente 38 millones de personas sexualmente activas, entre 15 a 49 años, tienen una ITS curable (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2016). En cuanto a México, el 3.7% de los adolescentes reportó haber acudido a una consulta médica o haber estado en tratamiento por alguna ITS; además, el 15% de ellos alguna vez se realizó una prueba de VIH y solo el 88.2% de esta cifra conoce el resultado (ENSANUT, 2020).

Actualmente hay 1,200 millones de adolescentes en el mundo, representando una sexta parte de la población mundial y se prevé que esta cifra aumente hasta el año 2050 (OMS, 2022). En cuanto a la región de las Américas, la población joven representa el 30% del total de la población y se prevé una disminución en el año 2030, pasando de 237 a 230 millones adolescentes (OPS, 2018), mientras tanto, en México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020) indica que esta población corresponde al 17.3% de los mexicanos con 21,800,426 adolescentes.

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano, la cual es importante para adoptar una vida saludable, corresponde a la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, es decir, desde los 10 hasta los 19 años (OMS, 2022). Este periodo se divide en tres fases: adolescencia temprana, que comprende de los 10 a los 13 años, en la que se presentan cambios físicos como el crecimiento de vello púbico, crecimiento de senos, primera menstruación en las mujeres, mientras que en los hombres cambio de voz y aumento de tamaño de los testículos, en esta se identifica el saneamiento de agua e higiene personal como principales factores de riesgo (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2020; OMS, 2022).

La segunda etapa corresponde a la adolescencia media (14 a 16 años), en esta se presentan cambios psicológicos debido a que lleva a cabo la construcción de su

identidad e inicia la independencia hacia con sus padres; después de estos cambios, se presenta la adolescencia tardía, que comprende desde los 17 a los 21 años, esta etapa está caracterizada por la aceptación de los cambios físicos, psicológicos y sociales. Los principales riesgos que pueden presentar los adolescentes en estas etapas son los relacionados con comportamientos, como el consumo de bebidas alcohólicas y las relaciones sexuales de riesgo (OMS, 2022; UNICEF, 2020).

En los últimos años, los adolescentes han sido un sector de la población al que se le ha mostrado interés respecto a su sexualidad, debido a que en esta etapa puede llevarse a cabo el debut sexual, lo que los predispone a presentar diversas conductas sexuales. La conducta sexual se refiere a la manera en que se expresan los sentimientos sexuales, incluye besos, caricias, masturbación, actos sexuales no penetrativos, sexo oral, vaginal y anal, sexo por teléfono, sexting (envío o recepción de mensajes de texto o imágenes con contenido sexual explícito), sexo por chat (con y sin cámara) y sexo virtual (Tulloch & Kaufman, 2013).

La masturbación y las fantasías sexuales suelen ocurrir en la primera etapa de la adolescencia, siendo más frecuentes en los chicos que en las chicas, además esta práctica suele ser generada por la curiosidad y el deseo de disfrutar un placer intenso, sin embargo, en las etapas posteriores, la masturbación puede ser realizada como una descarga de ansiedad; en la adolescencia media se producen los primeros contactos físicos, entre los que se destaca el intercambio de besos o caricias; mientras que en la adolescencia tardía se presenta el debut sexual (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2015).

Sin embargo, Rojas y Castrejón (2020) reportaron que, en el contexto mexicano existe un doble patrón para el inicio de la vida sexual marcado por el género, es decir, los hombres requieren tener actividad sexual y tener prueba de ello para crear una identidad masculina; mientras que el inicio de la vida sexual para las mujeres está marcado por una connotación negativa respecto al deseo y al placer sexual, limitándose

a una relación afectiva, al comienzo de su vida en pareja y su actividad reproductiva.

Algunas conductas sexuales que pueden presentar los adolescentes son de riesgo, las cuales Alfonso y Figueroa (2017) las definen como las prácticas sexuales vaginales, anales y orales sin protección, relaciones sexuales con parejas casuales o desconocidas, el uso de drogas intravenosas en las relaciones, la promiscuidad y la edad temprana de inicio de vida sexual. Estas prácticas no solo se consideran un riesgo para un embarazo no planeado, sino que también desencadenan diversas consecuencias, por ejemplo, la enfermedad pélvica inflamatoria, abortos espontáneos, ITS, así como repercusiones sociales y económicas para los jóvenes, sus familias y comunidades (OMS, 2020).

Existen diversos programas de prevención del embarazo en adolescentes, los cuales respetan la política en materia de Igualdad de Género, en la que muestran el compromiso de la OMS/OPS (2006) con los principios de equidad, el respeto a los derechos humanos y al ejercicio de la ciudadanía; en esta política también se reconoce al empoderamiento como un principio orientador para fortalecer el acceso de los adolescentes a la participación y al control de la toma de decisiones sobre su propia vida y sexualidad, y así puedan tener salud sexual.

La salud sexual es fundamental para alcanzar un bienestar general y debería ser abordada en la adolescencia con un enfoque positivo y respetuoso respecto a la sexualidad, las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, esto a partir del acceso a información integral de calidad sobre sexo y sexualidad, conocimiento sobre los riesgos que pueden tener y la posibilidad de tener acceso a la atención de salud sexual (OMS, 2023).

Como se mencionó, el adolescente puede iniciar su vida sexual en esta etapa, sin embargo, también se enfrenta a diversos problemas relacionados con la salud sexual, como la orientación e identidad de género (OMS, 2023), por lo que es necesario que los adolescentes estén empoderados. El empoderamiento de los adolescentes es un proceso que tiene por objetivo adquirir autonomía, lo cual implica el bienestar psíquico e incluye

conceptos como la autoestima, capacidad de elección, control y acción (OPS, 2006).

Fernández y Calle (2017) reportaron que, del total de las mujeres con nivel de empoderamiento bajo, el 21% no ejercían sus derechos sexuales ni reproductivos. En el mismo orden de ideas, si se considera al empoderamiento como parte importante al brindar educación sexual, los adolescentes no solo conocerían sus derechos, sino que también podrían identificar las prácticas adecuadas al iniciar, para ejercer su vida sexual y mantener una salud sexual adecuada.

El empoderamiento es considerado como un proceso mediante el cual, las personas, organizaciones y comunidades logran control sobre sus asuntos (Banda, et al., 2015). El empoderamiento de los adolescentes se puede clasificar en distintos elementos: el empoderamiento social que comprende el sentido de pertenencia y la participación en actividades comunitarias (Peterson, 2010; Zimmerman & Rappaport, 1988 citado por Casique, 2016). En un nivel individual, se encuentra el empoderamiento psicológico, el cual Turner et al. (2019) señalan que es un constructo que vincula las fortalezas y competencias individuales con contextos ambientales y sociales más amplios; pudiéndose considerar como una disposición interna para controlar y hacer frente a los acontecimientos de la vida e influir en otras.

Casique (2016) enfatiza que el empoderamiento es pertinente para el acceso de todos los adolescentes a una vida plena y satisfactoria, en la medida en que todos, han sido excluidos de la posibilidad de ejercer informada, libre y responsable su sexualidad. Además, este proceso puede ser útil para la evaluación de programas orientados a los jóvenes y así prevenir la violencia en el noviazgo y fortalecer la salud sexual y reproductiva en esta población.

Además, se encuentra el empoderamiento reproductivo el cual es tanto un proceso transformador como un resultado, mediante el cual los individuos amplían su capacidad para tomar decisiones informadas sobre sus vidas reproductivas, amplifican su capacidad para participar de manera significativa en discusiones públicas y privadas

relacionadas con la sexualidad, salud reproductiva y fertilidad, y actuar según sus preferencias para lograr los resultados reproductivos deseados, libre de violencia, retribución o miedo (Edmeades et al., 2018).

Por otro lado, Najmabadi y Sharifi (2019) realizaron una revisión sistemática en la que reportaron que la prevención de VIH basada en el empoderamiento de la comunidad estaba asociada con mejoras significativas, además los programas que abordaban el género o el poder tenían cinco veces más probabilidad de ser eficaces en comparación con los que no tomaban en cuenta estos conceptos; sin embargo, también reportaron que la educación sexual no influye en las actitudes de mujeres sobre salud reproductiva, resultado que sugiere el ampliar el papel de las enfermeras, parteras y profesionales de la salud en los programas de educación sexual.

Por lo anterior, el presente estudio permitirá a la profesión de Enfermería reconocer la importancia que tiene el empoderamiento en los programas dedicados a los adolescentes, especialmente en materia de sexualidad, para favorecer la disminución de las conductas sexuales de riesgo en este sector, reducir las tasas de embarazos no planeados en adolescentes y contagios de ITS. Además de incentivar a la disciplina a crear intervenciones en el primer nivel de atención para reforzar el empoderamiento reproductivo de los adolescentes.

A nivel teórico, se propone el uso del Modelo de Empoderamiento Reproductivo (MER; Edmeades et al., 2018) el cual identifica a la agencia como un componente del empoderamiento en el nivel individual, inmediato y distal. Por lo que este estudio dará pauta para el reconocimiento y comprensión del empoderamiento, así como la relación que este tiene en la conducta sexual de los adolescentes.

Marco Conceptual

Para el presente estudio se tomarán como referencia los conceptos del Modelo de Empoderamiento Reproductivo de Edmeades et al. (2018), el cual se refiere al empoderamiento como un proceso dinámico y multinivel que conecta a individuos,

comunidades y actores sistémicos/ estructurales a través de una red de relaciones e interacciones. En cuanto a la esfera reproductiva, se le considera como un concepto inherentemente relacional a través de las relaciones de múltiples niveles del modelo social-ecológico, entre los que destacan los padres, parejas sexuales, proveedores de salud o líderes comunitarios.

Modelo de Empoderamiento Reproductivo (MER)

Con base en la revisión de la literatura, este modelo se basa en lo propuesto por Eerdewijk et al. (2017) quienes crearon un modelo de empoderamiento hacia mujeres, en el que identificaron como un componente importante la agencia personal, concepto que dividieron en voz, decisión y poder, los cuales tienen influencia en las relaciones personales de las adolescentes.

De acuerdo con Edmeades et al. (2018), el empoderamiento es considerado como la capacidad de afirmar las opiniones, los deseos y el interés de uno, en formas que dan lugar a las discusiones, para desafiar y cambiar las circunstancias individuales y comunitarias. Los autores identificaron a la agencia como un componente del empoderamiento, misma que definen como la capacidad de acción intencional que se basa en los recursos sociales y materiales a múltiples niveles para realizar preferencias y elecciones, aumentar la voz, el poder y la influencia en otras personas.

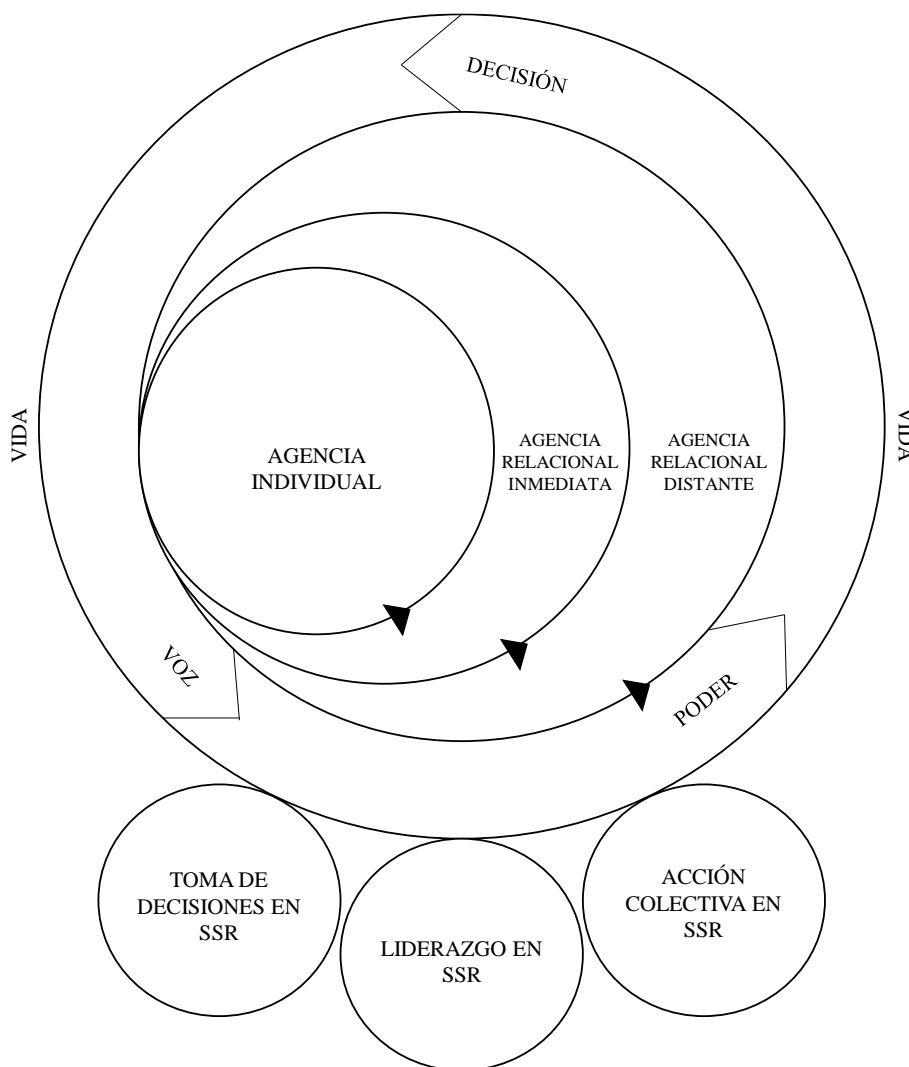
La agencia se divide en tres conceptos clave: voz, decisión y poder. La voz es considerada como la capacidad de afirmar activamente los intereses del individuo, la articulación de opiniones y deseos, exigir cambios, así como el formar y compartir discusiones que son relevantes para su vida, esto tanto en el ambiente interno como en el externo. La decisión se refiere a la habilidad de los individuos para tomar e influir en las decisiones que afectan sus vidas. En cuanto al poder, es el constructo central entre la capacidad de expresar la voz y la decisión, está presente en las interacciones sociales.

A partir de lo anterior, los autores entienden al empoderamiento reproductivo como una función de agencia en tres niveles, los cuales están enmarcados por los

procesos de voz, decisión y poder, divididos en agencia individual, agencia relacional inmediata y distante, que se expresan a través de la toma de decisiones en torno a asuntos de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), liderazgo en el área de SSR y acción colectiva en asuntos relacionados a SSR (Figura 1).

Figura 1

Modelo de Empoderamiento Reproductivo (MER)



Nota. Se muestra el modelo propuesto por los autores, el cual divide al empoderamiento en tres conceptos esenciales: voz, decisión y poder.

Para el presente estudio, se consideró a la decisión, como las opciones que tienen los adolescentes respecto a su vida sexual y la capacidad de elección que tienen,

dependiendo de los resultados que deseen, por ejemplo: cuándo iniciar su vida sexual, el número de parejas sexuales, el uso o rechazo de métodos anticonceptivos y la planificación de embarazos. La voz, fue considerada como la expresión de opiniones de los adolescentes sobre sus deseos o preferencias en su vida sexual. El poder sexual fue considerado como el nivel alto, medio o bajo, en que los adolescentes ejercen su opinión y toma de decisiones sobre sus conductas sexuales.

Por su parte, el nivel de agencia individual se refiere a la capacidad de los individuos para conceptualizar y definir los deseos y objetivos reproductivos, así como desarrollar planes para utilizar los recursos disponibles en la búsqueda de estos y ejercer con confianza la voz para exigir una participación significativa en los procesos de toma de decisiones. En este nivel también se encuentra la autoestima del adolescente, el cómo se ve y se siente; así como las decisiones que toma a partir de los roles de género impuestos por el contexto social en el que se desarrolla, así como la influencia que tienen estos para que pueda decidir y ejercer su poder libremente. Para la presente investigación, los recursos internos del adolescente son de gran relevancia e incluyen el nivel de conocimiento respecto a sus derechos sobre SSR, su salud física y mental, que está ligado a su autoeficacia hacia su SSR, por ejemplo: autoestima, negociación.

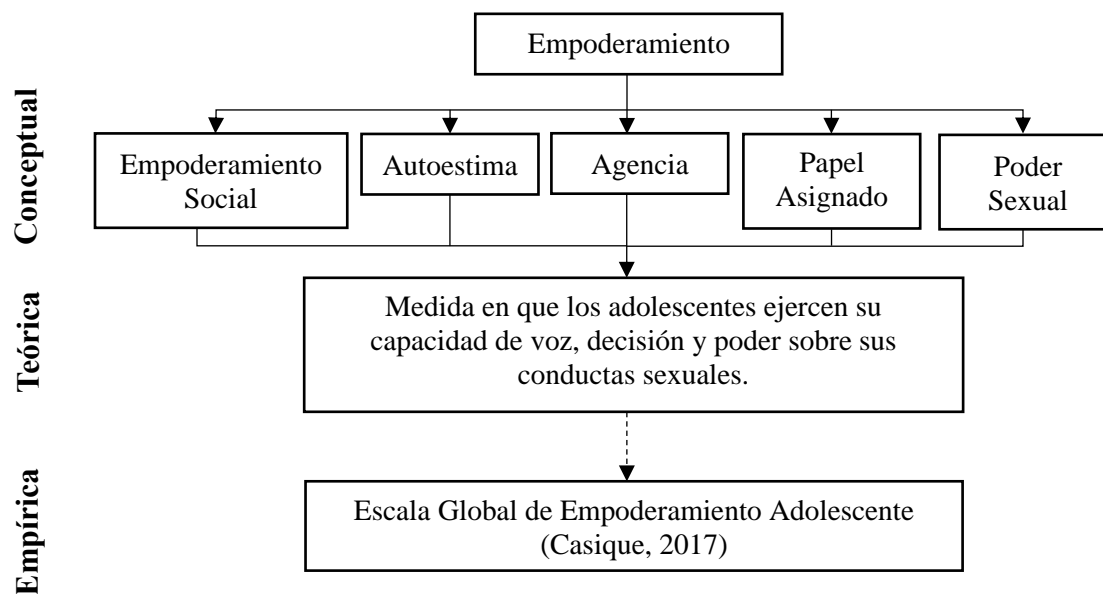
Por otro lado, la agencia relacional inmediata consiste en la capacidad de los individuos para ejercer la elección y la voz sobre sus deseos y preferencias reproductivas en sus interacciones con los actores de su entorno inmediato, es decir, las personas con las que tiene mayor oportunidad de interactuar y que influyen en sus conocimientos, creencias y actitudes; los actores que se identifican en este nivel son sus compañeros, los miembros de la familia y las parejas románticas o maritales. Para el presente estudio, los actores externos fueron aquellos que intervenían en la agencia individual del adolescente, respecto a la toma de decisiones en sus conductas sexuales, así como la interacción que tienen los adolescentes con los otros niveles.

En cuanto a la agencia relacional distante, se basa en la capacidad de los individuos para ejercer voz, elección y poder en sus interacciones con actores que están fuera del entorno inmediato, los cuales intervienen indirectamente en la agencia del individuo, es decir, el empoderamiento social que tiene el adolescente para identificarse y relacionarse con las autoridades o actores importantes del contexto en el que se desarrolla. Estos pueden ser a nivel comunitario, regional o nacional, entre los que se identifican: proveedores de atención médica, líderes religiosos y políticos, instituciones educativas y la comunidad internacional de desarrollo.

Lo que difiere este nivel de los anteriores, es que este incorpora una visión de la voz que se centra en el compromiso significativo con los actores a través de oportunidades de liderazgo y acción colectiva en la configuración de políticas reproductivas más amplias, como individuo o miembro de un grupo. Para fines de este estudio, se evaluó el nivel de participación, preocupación e influencia que tiene el adolescente en un nivel macro, así como sus conocimientos sobre SSR y la toma de decisiones en sus conductas sexuales (figuras 2 y 3).

Figura 2

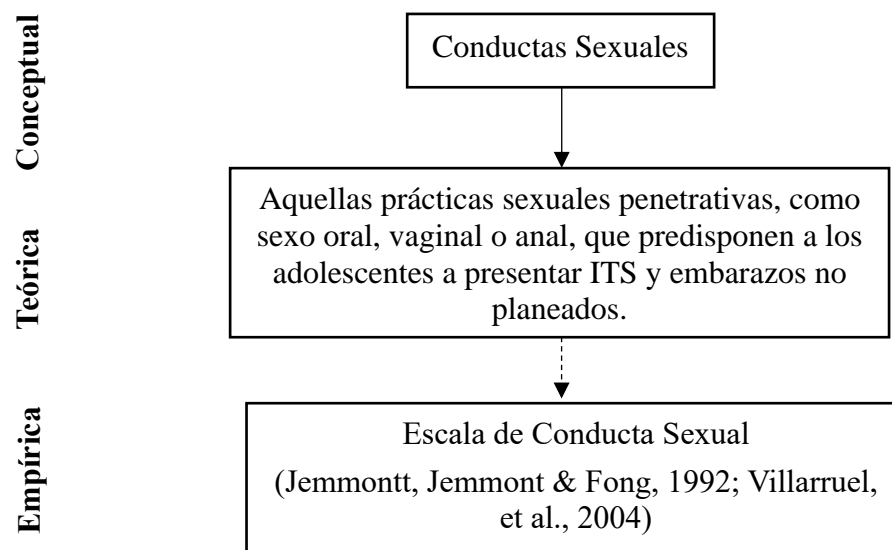
Estructura Conceptual-Teórico-Empírica de Empoderamiento



Nota. Se muestra la deconstrucción de la variable de empoderamiento.

Figura 3

Estructura Conceptual-Teórico-Empírica de Conductas Sexuales



Nota. Se muestra la deconstrucción de la variable de conductas sexuales.

Estudios Relacionados

A continuación, se presentan los estudios relacionados con las variables de interés: empoderamiento y conductas sexuales.

Empoderamiento

Zimmerman et al. (2021) realizaron un estudio, con el objetivo de observar cómo las percepciones de las normas de género sobre las relaciones, roles y rasgos se relacionan con la voz y toma de decisiones en adolescentes de 10 a 14 años. Los autores utilizaron los datos del Estudio Mundial sobre la Primera Infancia y la Adolescencia (GEAS) en Kinshasa, el cual contó con una muestra de 2,610 adolescentes. Reportaron que los adolescentes tenían voz y poder de decisión con puntajes medios (2.35 y 2.72, en una escala de 1 a 5). Además, las puntuaciones de voz de los niños fueron más altas que las de las niñas (2.41 vs. 2.30, $p < .01$), en la toma de decisiones no se observaron diferencias. Al relacionar la voz y la toma de decisiones con las percepciones de las normas de género, los coeficientes fueron bajos ($\rho < .15$), sin embargo, encontraron un vínculo positivo entre las percepciones más desiguales de género de los rasgos

estereotipados y la voz entre las niñas ($\rho=.115$; $p<.05$), así como una asociación negativa entre las niñas en cuanto a los roles estereotipados desiguales y la toma de decisiones ($\rho= -.071$; $p<.05$), es decir, las opiniones menos igualitarias sobre los roles de género en la familia se asociaron con menos poder en la toma de decisiones de las niñas.

Kalliath et al. (2021) llevaron a cabo un estudio en el que evaluaron el nivel de empoderamiento y los factores asociados entre los adolescentes de 14 a 18 años ($n=351$) que estaban inscritos en escuelas públicas, siendo 196 (56%) mujeres. Reportaron que el 93.6% (328) de los participantes cree que la edad mínima para contraer matrimonio es de 18 a 20 años; 50% (175) creen que la edad para embarazarse debe ser mayor de 20 años. En cuanto a salud sexual y reproductiva, 93.7% (329) conocía algún método de planificación familiar; el 30.7% (108) conocía dos modos de transmisión de VIH; mientras que 196 (55.8%) adolescentes creen que una niña debe ser golpeada cuando comete errores u obtiene malas calificaciones. Además, no se obtuvo asociación significativa entre el género, educación y ocupación del padre y madre con un mejor empoderamiento adolescente.

Van der Meer et al. (2022) llevaron a cabo una revisión sistemática con el propósito de sintetizar la evidencia sobre los determinantes sociales de vulnerabilidad, definidos como la capacidad de afrontamiento o resiliencia insuficiente, de la población general en edad reproductiva. La revisión constó de 25 artículos sobre los determinantes sociales y demográficos, en relación con la vulnerabilidad de la población en edad reproductiva (hombres y mujeres de 18 a 40 años). Identificaron 30 determinantes sociales, destacando: edad más joven, menor logro socioeconómico, falta de conexión con el entorno social y eventos adversos de la vida que se asociaron con una adaptación inadecuada o bajo afrontamiento. Es decir, ciertos determinantes sociales están relacionados con la vulnerabilidad de los individuos en edad reproductiva.

Quijano-Ruiz y Faytong-Haro (2021) elaboraron un estudio transversal de tipo correlacional para examinar si el empoderamiento sexual de la madre es predictivo de los resultados sexuales y reproductivos entre las adolescentes. Utilizaron los datos de 978 adolescentes de 16 años y sus madres menores de 49 años, extraídos de la ENSANUT 2018, además de entrevistas. Reportaron que el 16% de las adolescentes ya habían iniciado su vida sexual y el 46% de ellas, utilizaron un método anticonceptivo durante su primera relación sexual. En cuanto a las madres de las adolescentes, 10% carecían de empoderamiento y 51% tuvieron un embarazo adolescente; 60% se encontraban empleadas, 51% estaban casadas y 40% residían en zonas rurales.

Además, encontraron que las adolescentes que iniciaron precozmente su actividad sexual tuvieron más probabilidades de que sus madres tengan las siguientes características: carecer de empoderamiento sexual ($OR=1.72$; $p<.01$), haber tenido un embarazo adolescente ($OR=1.98$; $p<.01$), estar empleadas ($OR=1.56$; $p<.05$) y hayan cursado hasta la primaria ($OR=.41$; $p<.01$). Concluyeron que es relevante la negociación materna en las relaciones entre hija y ambiente sexual.

Afulani et al. (2018), examinaron los factores asociados con la atención de maternidad centrada en la persona, en particular el papel del estado socioeconómico, empoderamiento personal y tipo de centro de parto. Participaron mujeres de 15 a 49 años mediante un método de muestreo en varias etapas. Las mujeres más ricas, que están empleadas, alfabetizadas y casadas registran un mayor empoderamiento ($aOR=4$; ICs 95% [1.12, 6.87]; $p<.01$) que las mujeres más pobres, desempleadas, analfabetas y solteras, respectivamente. Además, las mujeres que han sufrido violencia doméstica ($aOR=5$; ICs 95% [-6.84, -3.18]; $p<.01$) informan que el nivel de empoderamiento es menor que las que nunca la han sufrido. Las mujeres que dieron a luz en centros de salud e instalaciones privadas informaron un nivel de empoderamiento más alto ($aOR=6.7$; ICs 95% [3.80, 9.62]; $p<.01$) que las que dieron a luz en hospitales públicos.

Conductas Sexuales

Ramiro-Sánchez et al. (2018) elaboraron un estudio con el objetivo de examinar si existen diferencias en el mantenimiento de creencias sexistas y de la experiencia sexual en adolescentes. Contaron con una muestra de $n=2,703$ adolescentes españoles de escuelas secundarias públicas y privadas seleccionadas aleatoriamente ($n=1,350$ de hombres; $n=1,353$ de mujeres), con un nivel de confianza del 97%, un error de estimación del 3% y una tasa de rechazo por parte de las escuelas del 40.6%. Las edades oscilaron entre 14 y 20 años ($M=15.89$, $DE=1.29$). Utilizaron el cuestionario sobre datos sociodemográficos y comportamiento sexual, en el que se les preguntó sobre su experiencia en la relación de pareja y la sexual.

Reportaron que, en los varones, un mayor sexismo benevolente se asocia con una edad de inicio sexual vaginal más temprana ($F(2,345)=4.72$, $p<.05$, $R^2=.027$ en hombres; $F(2, 363)=.68$, $p>.05$, $R^2=.004$, en mujeres), mientras que un mayor sexismo hostil se asocia con una menor proporción en el uso de preservativo ($F(2, 345)=5.85$, $p<.05$, $R^2=.042$, para hombres; $F(2, 363)= 1.30$, $p>.05$, $R^2=.008$, para mujeres). En cuanto a las mujeres, el presentar un mayor sexismo hostil se asocia con un mayor número de parejas sexuales ($F(2, 363)=3.37$, $p<.05$, $R^2=.018$). Concluyeron que los resultados son indicativos sobre la importancia de las creencias sexistas en relación con las conductas sexuales de riesgo, particularmente en los hombres.

Por su parte, López et al. (2020) efectuaron una investigación en Colombia con el objetivo de caracterizar la conducta sexual de riesgo para ITS. A través de un muestreo sistemático, obtuvieron una muestra de $n=106$ adolescentes ($n=54$ del sexo femenino y $n=52$ del sexo masculino). Obtuvieron que el 80.8% ya había iniciado su vida sexual, con una $M=15.7$ años para las mujeres y $M=14.3$ años para hombres; además la mayoría de los varones tuvieron más de tres parejas sexuales (27%), mientras que las mujeres, la mayoría habían tenido dos (21.2%). Al evaluar la información sobre las ITS, las niñas fueron las que refirieron tener más información (59.2%; 53.9% de

hombres), lo que se refleja en la percepción de los adolescentes sobre las ITS, debido a que un porcentaje mínimo pensó en los riesgos de la no protección (48.7% de los hombres; 32.6% de las mujeres), además sólo el 48.2% de los adolescentes que han iniciado su vida sexual, usan métodos anticonceptivos (51.2%, mujeres; 45.6%, hombres).

En cuanto a Losa-Castillo y González-Losa (2018) llevaron a cabo una investigación con el objetivo de describir la conducta sexual en un grupo de adolescentes que acudían a una escuela secundaria de México. Participaron $n=245$ estudiantes ($n=21$ hombres, $n=124$ mujeres); 86.5% se identificó como heterosexual, 1.2% homosexual, .8% bisexual, 6.5% tenía duda y el resto no contestaron. Sólo el 5.71% refirió haber iniciado su vida sexual, con una media de edad de 11.4 años ($DE=1.8$). Las caricias y/o besos en genitales fueron las prácticas sexuales más comunes (78.57%); masturbación a la pareja, sexo oral y sexo con penetración anal o vaginal se reportaron con la misma frecuencia (28.57%). El 21.4% utilizaron condón en su primera relación sexual y el 7.14% ha tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses bajo el efecto del alcohol o drogas, mientras que 2.04% de la población estudiada practica cibersexo.

Pengpid y Peltzer (2020) realizaron un estudio con el objetivo de estimar la prevalencia y los predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes de República Dominicana, Jamaica, Surinam y Trinidad y Tobago. Analizaron los datos de una encuesta nacional ($n=9143$). Reportaron que el 41.4% ya habían tenido relaciones sexuales (26.8% de las mujeres; 55.9% de los hombres), de estos, el 58.6% inició su vida sexual entre 14 y 15 años (36.1% mujeres; 69.6% hombres); y 58.8% había tenido dos parejas sexuales (37.5% mujeres; 69.1% hombres). En cuanto a su última relación sexual, 28.4% usó preservativo (35.9% mujeres; 45.1% hombres) y 31.9% estuvo involucrado en múltiples conductas de riesgo (16.2% mujeres; 48.5% hombres). Reportaron a través de una regresión logística ajustada que el consumo de sustancias,

sufrimiento psicológico, consumo frecuente de refrescos, participación en peleas físicas, ausentismo escolar, mayor edad y el sexo masculino se asociaron con conductas sexuales de riesgos individuales y múltiples.

Settheekul et al. (2018) identificaron las diferencias de género en los comportamientos sexuales, los factores de riesgo sexual y examinaron los factores asociados con las conductas sexuales de riesgo en $n=397$ adolescentes de 10 a 19 años. 53% de los participantes correspondió al sexo femenino, 48% tenía pareja sentimental; respecto a los adolescentes que ya habían iniciado su vida sexual, el 60% eran hombres y 40% mujeres; en la edad de inicio de vida sexual, reportaron $M=6$ para hombres y una $M=10$ para mujeres. 26% de los hombres y 38% de las mujeres refirió usar preservativo regularmente; 6% de los varones había causado un embarazo y 14% de las mujeres habían estado embarazadas. Además, reportaron diferencias significativas entre hombres y mujeres para las conductas sexuales de riesgo, con los hombres reportando tasas más altas de participación en comportamientos pre-coitales y comportamientos sexuales que las mujeres en $Z=-4.546$ ($p<.01$) y $Z=-2.128$ ($p<.05$), respectivamente.

Empoderamiento y Conductas Sexuales

Casique (2016) realizó un estudio con el objetivo de establecer el papel que juega el empoderamiento de los adolescentes en las actitudes que despliegan frente al uso del condón. La autora utilizó los datos recabados en la Encuesta sobre Noviazgo, Empoderamiento y Salud Sexual y Reproductiva en Adolescentes Estudiantes de Preparatoria (ENESSAEP), la cual fue realizada entre adolescentes de tres estados de México, con una muestra final de 13,427 estudiantes de bachillerato, confiabilidad de 99% y un error muestral de no más de 1.1%; las escuelas, grupos y estudiantes fueron seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple. El análisis constó de dos fases: la estimación de índices de empoderamiento y la examinación de las actitudes hacia el condón masculino, en la que incluyeron a toda la muestra; y el uso del condón en la

primera y en la última relación sexual, donde sólo se incluyeron a los adolescentes que ya habían iniciado su vida sexual.

Reportaron que las dimensiones de empoderamiento de los adolescentes con índices más altos fueron la autoestima (.80, hombres y .81, mujeres) y el empoderamiento social (.85, hombres y .82, mujeres), mientras que, el índice de poder sexual arroja los índices con valores medios más bajos (.31, hombres y .23, mujeres). En cuanto a la probabilidad del uso del condón, a partir de una regresión logit, se observó que sólo el índice de poder sexual muestra una asociación significativa con el uso de condón en la última relación sexual para ambos sexos ($OR=68.36$ en hombres y $OR=118.58$ en mujeres; $p<.10$). Es decir, el poder sexual de los adolescentes es el predictor más fuerte para el uso de condón en la última relación sexual.

Jacinto et al. (2020) realizaron en México, una revisión sistemática con el objetivo de conceptualizar la definición e importancia de la mentoría como estrategia para favorecer el empoderamiento adolescente y la relación con las intervenciones desarrolladas desde el ámbito de la enfermería en la promoción de la salud. Tras realizar el análisis correspondiente, se arrojaron ocho artículos, que se demuestran que la estrategia educativa de mentoría representa una herramienta eficaz en la salud sexual de los adolescentes, ya que les da herramientas para sentirse preparados, tomar mejores decisiones y afrontar situaciones importantes relacionadas con su salud sexual.

Koenig et al. (2020) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar la medida en que los adolescentes se han comunicado acerca de las relaciones sexuales, embarazo, anticoncepción; además de identificar la forma en que la comunicación y toma de decisiones en un entorno socio ecológico propicio, se asocian con la salud sexual y reproductiva. Los participantes fueron adolescentes de 10 a 14 años de tres diferentes ciudades: Shanghái, Kinshasa y Cuenca.

Reportaron que las puntuaciones medias para la voz fueron más altas para los niños que para las niñas de Kinshasa (2.5, 2.4, $p<.01$), sin embargo, estas fueron bajas

comparadas con las otras ciudades; al evaluar la toma de decisiones, las puntuaciones más altas fueron en Shanghái y en la población femenina (3.5, 3.4, $p < .05$). Además, se observó que los adolescentes con altas puntuaciones en la toma de decisiones tenían más probabilidades de haber hablado de embarazo ($aOR=1.5$; ICs 95% [1.0, 2.1]) y anticoncepción ($aOR=1.6$; ICs 95% [1.1, 2.3]) en su entorno socio ecológico propicio. Los resultados sugieren que, el tener una adecuada toma de decisiones, así como una adecuada comunicación sobre salud sexual y reproductiva, influye en los comportamientos sexuales y la prevención de embarazo.

Drewry y Garcés-Palacio (2020) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de observar si la proporción de embarazos adolescentes es significativamente mayor y si este se asocia con las mujeres que reportan bajas puntuaciones de empoderamiento. Participaron 1,300 adolescentes y mujeres menores de 25 años; utilizaron la base de datos DHS del Ministerio de Sanidad del país para extraer los datos sobre empoderamiento (tareas domésticas y de crianza de los hijos, toma de decisiones sexuales, aceptación de violencia doméstica, responsabilidad por el embarazo y medidas de poder femenino de interés).

Reportaron que las mujeres sin educación o solo educación primaria, tienen más probabilidades de embarazarse en la adolescencia, en comparación con las mujeres que tengan un grado mayor de secundaria o mayor. En el segmento más pobre de la muestra, el embarazo adolescente fue significativamente mayor que en el más rico ($OR=2.07$; ICs 95% [1.66, 2.59]; $p < .01$). Además, el nivel bajo de empoderamiento estuvo asociado con embarazos adolescentes ($OR=2.52$; ICs 95% [2.27, 2.79]; $p < .01$).

Síntesis de Estudios Relacionados

En los estudios relacionados con las variables de empoderamiento y conductas sexuales, se observó que ambas difieren entre hombres y mujeres, además se identificaron diversos determinantes sociales que interfieren en estas variables, tales como edad, estado socioeconómico, entorno social y alfabetización.

En cuanto al nivel de empoderamiento, el sexo masculino presentó mayores puntajes de autoestima, mientras que las mujeres tuvieron mayor puntaje en la toma de decisiones y el empoderamiento social. Por otro lado, la zona de residencia interfiere en ambas variables de estudio, ya que los adolescentes que vivían en comunidades rurales, además de tener un menor grado de empoderamiento, usaban menos métodos anticonceptivos tradicionales.

La alfabetización de los adolescentes también influye en las decisiones de su vida sexual, ya que se encontró que los adolescentes que no tienen suficiente información sobre salud reproductiva, los predispone a iniciar precozmente su vida sexual y a no utilizar métodos anticonceptivos en su primera relación sexual, originando un embarazo no planeado y contagio de una ITS. Sin embargo, las mujeres refirieron tener más información sobre salud sexual, en comparación con los hombres.

Definición de Términos

Empoderamiento es la medida en que los adolescentes ejercen su capacidad de voz, decisión y poder sobre sus conductas sexuales. Este puede ser bajo, medio o alto. Se medirá con la Escala Global de Empoderamiento Adolescente (Casique, 2017).

Conductas Sexuales son aquellas prácticas sexuales penetrativas, como sexo oral, vaginal o anal, que predisponen a los adolescentes a presentar ITS y embarazos no planeados. Se medirá con las Escalas de Conducta Sexual, una dedicada para mujeres y otra para hombres (Jemmott, Jemmott & Fong, 1992; Villarruel, et al., 2004).

Sexo se refiere a las características sexuales definitorias del adolescente. Se identificará con la cédula de datos personales.

Empoderamiento Social será considerado a la capacidad del adolescente de ejercer su capacidad de voz, decisión y poder en su contexto social mediato e inmediato. Se medirá con la Subescala de Empoderamiento Social de la Escala Global de Empoderamiento Adolescente (Casique, 2017).

Autoestima será la aprobación o desaprobación que tienen los adolescentes

sobre sí mismos. Se medirá con la Subescala de Autoestima de la Escala Global de Empoderamiento Adolescente (Casique, 2017).

Agencia se refiere a la capacidad del adolescente de ejercer su opinión, elección y actuar, a partir de los recursos disponibles. Se medirá con la Subescala de Agencia de la Escala Global de Empoderamiento Adolescente (Casique, 2017).

Papel Asignado debido al Género son las expectativas y normas que tienen los adolescentes sobre los roles que deben cumplir los hombres y mujeres. Se medirá con la Subescala de Papel Asignado debido al Género de la Escala Global de Empoderamiento Adolescente (Casique, 2017).

Poder Sexual es la capacidad de los adolescentes respecto a la búsqueda, elección, negociación y ejercicio de su salud sexual. Se medirá con la Subescala de Poder Sexual de la Escala Global de Empoderamiento Adolescente (Casique, 2017).

Objetivo General

El objetivo general del presente estudio es determinar la relación del empoderamiento en las conductas sexuales de las y los adolescentes.

Objetivos Específicos

1. Identificar el nivel de empoderamiento de las y los adolescentes.
2. Describir el nivel de empoderamiento, de acuerdo con el sexo.
3. Identificar las conductas sexuales de las y los adolescentes.
4. Describir las conductas sexuales, de acuerdo con el sexo.
5. Describir la relación del nivel de empoderamiento social y las conductas sexuales.
6. Describir la relación del nivel de autoestima y las conductas sexuales.
7. Describir la relación del nivel de agencia y las conductas sexuales.
8. Describir la relación del nivel del papel asignado debido al género y las conductas sexuales.
9. Describir la relación del nivel de poder sexual y las conductas sexuales.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el diseño del estudio, la población, muestreo y muestra, así como los criterios de inclusión, eliminación, instrumentos, el procedimiento de recolección de datos, la selección y levantamiento de muestra, las consideraciones éticas y el plan de análisis de datos estadísticos que se llevaron a cabo para el presente estudio.

Diseño del Estudio

El presente estudio fue un diseño correlacional descriptivo de tipo transversal, debido a que se describieron las variables, así como se analizaron las relaciones entre ellas, además la recogida de datos sobre empoderamiento y conductas sexuales fueron en un solo momento específico a partir de una planeación (Polit & Beck, 2018; Grove & Gray, 2019).

Población, Muestreo y Muestra

La población estuvo conformada por adolescentes entre 15 a 19 años, que cursaran el nivel medio superior en una institución pública ubicada en el área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. El muestreo fue aleatorio estratificado por sexo, dado que, se utilizó un tamaño muestral menor para obtener el mismo grado de representatividad en relación con la variable estratificada de una muestra mayor que fue adquirida mediante un muestreo aleatorio simple (Grove y Gray, 2019). Por lo que, se dividieron a los adolescentes por sexo para obtener una muestra proporcional entre hombres y mujeres. La muestra fue calculada con el paquete estadístico G*Power 3.1.9.7, con un análisis de correlación conservador de .20, un nivel de significancia de .05 y poder de 85%, estimando una tasa de rechazo del 20%; dando un tamaño de muestra total de 265 adolescentes.

Criterios de Inclusión

Adolescentes de 15 a 17 años, de ambos sexos que contaron con el consentimiento informado firmado por su padre, madre o tutor, así como haber firmado el asentimiento informado. Además, aquellos adolescentes de 18 y 19 años que aceptaran participar y hayan firmado su respectivo consentimiento informado.

Criterios de Eliminación

Se eliminaron a los participantes que no contestaron el 100% de los instrumentos, así como a los adolescentes que se encontraban casados o vivían en unión libre.

Instrumentos

A continuación, se presentan los instrumentos utilizados para medir las variables de estudio. Los cuestionarios fueron los siguientes: Cédula de Datos Personales, la Escala Global de Empoderamiento Adolescente y las Escalas de Conducta Sexual, para hombres y mujeres.

Cédula de Datos Personales

Se aplicó una cédula de datos para describir los datos sociodemográficos y reproductivos de los participantes, en donde se incluyeron datos como edad, estado civil, escolaridad, entre otros (Apéndice A). Ésta constó de ocho preguntas, un ejemplo de éstas es, “¿Qué semestre estudia?”. El tipo de respuesta fue de opción múltiple, de acuerdo con la pregunta; un ejemplo de esto es, “primer semestre” hasta “sexto semestre”.

Empoderamiento

Para medir la variable de empoderamiento, se utilizó la Escala Global de Empoderamiento Adolescente, diseñada y validada por Casique (2017), la cual tiene el objetivo de proporcionar una visión exhaustiva de las condiciones de control y confianza de los jóvenes con respecto a sus propias vidas. La escala cuenta con el 37% de la varianza del conjunto, con un Alfa de Cronbach global de $\alpha = .84$.; está constituida por

45 ítems divididos en 5 dimensiones: empoderamiento social ($\alpha=.78$), autoestima ($\alpha=.79$), agencia ($\alpha=.73$), papeles asignados debido al género ($\alpha=.72$) y poder sexual ($\alpha=.72$). Un ejemplo de pregunta es, “me es difícil expresar mi opinión públicamente”. Las opciones de respuesta son de tipo Likert que va de 1= Totalmente en desacuerdo a 4= Totalmente de acuerdo (Apéndice B).

Para la interpretación de la escala, se establecieron tres niveles de empoderamiento en los jóvenes: bajo (desde cero hasta el percentil 33 de la escala), medio (entre el percentil 34 y 66) y alto (por encima del percentil 67).

Conductas Sexuales

Para identificar las Conductas Sexuales, se utilizó la Escala de Conducta Sexual (Jemmott, Jemmott & Fong, 1992; Villaruel, et al., 2004). Ésta consta de 38 reactivos, los cuales miden la conducta, frecuencia, el uso de condón y el número de parejas sexuales en los últimos tres meses. Un ejemplo de pregunta es, “¿la primera vez que tuviste relaciones sexuales, usaste un método anticonceptivo?”; la opción de respuesta es mediante una escala de 0 a 2, donde 0 es “Yo nunca he tenido relaciones sexuales”, 1 significa “No” y 2 corresponde a “Sí”. El cuestionario ha sido probado y validado en adolescentes latinos de habla hispana entre 13 y 18 años, reportando un Alpha de Cronbach de .72 para mujeres (Apéndice C) y .67 para hombres (Apéndice D). La escala tiene un rango de puntuación de cero a 72 puntos; en donde a mayor puntuación, indica mayor riesgo sexual.

Procedimiento de Recolección de Datos

Para el presente estudio, se solicitó la autorización del Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente, se solicitó autorización al Director de la institución para realizar el estudio en la escuela de nivel medio superior. Posterior a la aceptación se solicitaron las listas de los grupos de los seis semestres del turno matutino y vespertino; a partir de las listas, se procedió a dividir a los adolescentes

en dos estratos: sexo, con el objetivo de que la cantidad de participantes del sexo femenino y masculino fuera proporcional.

Al tener identificados a los participantes, se solicitó un espacio, tanto del turno matutino y vespertino, a los directivos para citar a los padres de los participantes, explicarles el procedimiento y pudieran firmar el consentimiento informado; una vez que el padre, madre o tutor había autorizado que el adolescente participara, se le informó al adolescente elegido el tema, objetivo y procedimiento, y si aceptaba participar, se le daba a firmar un asentimiento informado. Mientras que, al adolescente mayor de edad elegido, se le informó sobre el estudio, objetivo, procedimiento y se le hizo entrega el correspondiente consentimiento para la autorización de su participación. A los padres o adolescentes que no desearon participar en la investigación, se les agradeció su atención y se procedió a elegir a otro participante a través de muestreo aleatorio simple.

Una vez que los adolescentes habían aceptado participar en el estudio, se les aplicaron los instrumentos en el aula asignada por los directivos. A cada participante, se le pidió que se sentara distanciado por una banca de su compañero, para asegurar la privacidad y confidencialidad de sus respuestas en los instrumentos.

Para la aplicación de los instrumentos, se inició con la Cédula de Datos Personales, enseguida la Escala Global de Empoderamiento Adolescente y finalmente las Escalas de Conducta Sexual. Al término, se les agradeció su participación y se les brindó una pluma de tinta azul y un folleto informativo sobre las diferencias entre salud sexual y salud reproductiva (Apéndice H).

Consideraciones Éticas

Este proyecto de investigación estuvo apegado a los lineamientos y principios del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, considerando la última reforma realizada en 2014). Orientado en lo que se establece en el Título Segundo, Capítulo I, de los Aspectos Éticos de la

Investigación en Seres Humanos; el Capítulo III, de la investigación en Menores de Edad o Incapaces; y el Capítulo V, de la investigación en grupos subordinados.

En primera instancia, de acuerdo con el artículo 17, el presente estudio fue considerado como una investigación sin riesgo, debido a que se emplearon técnicas y métodos de investigación documental, no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de variables fisiológicas, psicológicas y sociales.

Se consideraron los siguientes artículos: el artículo 13, el cual establece los criterios que deben cumplirse en toda investigación en la que el ser humano sea objeto de estudio, por lo que se prevaleció el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de los adolescentes; el artículo 14, fracción VI, ya que la investigación fue realizada por profesionales de la salud, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano; fracción VII, puesto que el proyecto contó con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación y Ética.

Asimismo, se basó en el artículo 16, ya que se protegió en todo momento la privacidad del individuo sujeto de investigación. El artículo 18, en el que la investigadora suspendió la participación del participante en la investigación, cuando así lo manifestó. En cuanto al consentimiento informado de la investigación, se siguió lo que dicta el artículo 21, debido a que cumplió con los aspectos que debe tener para que se considerara existente; asimismo, con el artículo 22 puesto que se formuló por escrito y con los requisitos que debe contener; el artículo 14, fracción V, ya que se contó con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, a los sujetos menores de edad, se les solicitó la firma del consentimiento informado de su padre, madre o tutor.

También se basó en el artículo 36, el cual menciona que, para la realización de investigaciones en menores, se obtendrá el consentimiento informado escrito de quienes ejerzan la patria potestad o la representación legal del menor, por lo que se les dio a firmar el consentimiento informado a los padres o tutor (Apéndice E), el asentimiento

informado a los adolescentes (Apéndice F) y el respectivo consentimiento informado a los adolescentes que fueran mayores de edad (Apéndice G).

Del artículo 57, donde se entendió a los participantes como grupos subordinados, ya que se recolectaron los datos en una institución pública del nivel medio superior; y artículo 58, fracción I, debido a que se le aclaró a los participantes que podían retirarse del estudio, sin que esto afectara su situación escolar; asimismo se les indicó que los resultados de la investigación no serán utilizados en perjuicio de ellos, como lo dicta la fracción II.

Plan de Análisis de Datos Estadísticos

Para el presente estudio, se analizaron los datos a través del paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versión 27. Se aplicó estadística descriptiva e inferencial para dar respuesta a los objetivos planteados. Se utilizó estadística descriptiva, como frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central para analizar los datos sociodemográficos, reproductivos y así responder el primer objetivo específico, el cual consiste en identificar el nivel de empoderamiento global de las y los adolescentes, así como el objetivo específico tres, en el que se describieron las conductas sexuales de los participantes.

En cuanto a estadística inferencial, se determinó la confiabilidad de los instrumentos mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach; así como la prueba de Kolmogórov-Smirnov (K-S) para determinar la distribución de los datos, resultando una distribución no normal, por lo que se utilizó estadística no paramétrica. Para responder el segundo y cuarto objetivo específico, en los que se identificaron los niveles de empoderamiento y las conductas sexuales por sexo, se usó la prueba no paramétrica *U* de Mann-Whitney y así observar si hubo diferencia entre los grupos.

Para responder los objetivos específicos cinco al nueve, los cuales consisten en describir la relación que tiene el empoderamiento social, autoestima, agencia, papel asignado debido al género y poder sexual con las conductas sexuales, se usó el

coeficiente de correlación de Spearman (ρ), ya que se identificó una distribución no normal a través de la prueba de K-S. Por otro lado, para responder el objetivo general y observar la relación del empoderamiento de las y los adolescentes, en general y por sexo, con las conductas sexuales, se realizó un Modelo de Regresión Lineal por método de eliminación hacia atrás.

Capítulo III

Resultados

En el presente apartado se muestran las características sociodemográficas y reproductivas de los participantes, así como la estadística descriptiva e inferencial entre las variables de estudio. La muestra estuvo conformada por 269 adolescentes pertenecientes de una institución pública del nivel medio superior del área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Para la recolección de la información, se realizó el procedimiento descrito en el capítulo anterior.

En la tabla 1 se describen los datos sociodemográficos, la media de edad fue de 16.51 años ($DE=1.26$). El 37.2% (100) de los participantes correspondió al sexo femenino. El 21.9% (59) estudiaban y trabajaban y 55.8% (150) de los adolescentes refirió estar cursando el segundo semestre del nivel medio superior.

Tabla 1

Datos sociodemográficos

Características	<i>f</i>	%
Edad en años		
15	76	28.25
16	70	26.03
17	48	17.84
18	60	22.31
19	15	5.57
Sexo		
Femenino	100	37.17
Masculino	169	62.83
Ocupación actual		
Solo estudia	210	78.07
Estudia y trabaja	59	21.93
Semestre actual		
Primero	8	2.97
Segundo	150	55.77
Cuarto	60	22.30
Quinto	1	0.37
Sexto	50	18.59
Total	269	100.00

Nota. $n=269$; f =frecuencia; %=porcentaje.

En cuanto a los datos reproductivos, el 95.5% (257) de los participantes reportaron ser solteros. El 33.8% (91) se identificó con el género femenino, mientras que 1.5% (4) de los participantes se identificó como queer. El 37.5% (101) refirió tener pareja sentimental. La orientación sexual que predominó fue la heterosexual con el 81.4% (219), sin embargo, se observó que 10.8% (29) se consideraron bisexuales y 5.6% (15) asexuales (Tabla 2).

Tabla 2

Datos reproductivos

Características	<i>f</i>	%
Estado Civil		
Soltero (a)	257	95.54
Casado (a)/ Unión libre	10	3.72
Divorciado (a)	2	0.74
Género con el que se identifica		
Mujer	91	33.83
Hombre	174	64.68
Queer	4	1.49
Pareja sentimental		
Sí	101	37.55
No	168	62.45
Orientación sexual		
Asexual	15	5.58
Bisexualidad	29	10.78
Heterosexualidad	219	81.41
Homosexualidad	2	0.74
Pansexualidad	4	1.49
Total	269	100.00

Nota. $n=269$; f =frecuencia; %=porcentaje.

Como se mencionó en el capítulo anterior, se eliminaron de la investigación a los participantes que estuvieran casados o vivieran en unión libre, por lo que la muestra final fue de 257 participantes.

Consistencia Interna de los Instrumentos

A continuación, se muestra la confiabilidad de los instrumentos utilizados, calculándose a través del Coeficiente Alpha de Cronbach. De acuerdo con Grove et al. (2019), la mayoría tuvo puntuaciones aceptables (Tabla 3).

Tabla 3*Consistencia interna de los instrumentos*

Instrumentos	Número de reactivos	Reactivos	α
Escala Global de Empoderamiento Adolescente	45	1-45	.84
Empoderamiento social	10	1-10	.81
Autoestima	9	11-19	.81
Agencia	12	20-31	.69
Papel asignado debido al género	9	32-40	.88
Poder sexual	5	41-45	.72
Escala de Conducta Sexual (Mujeres)	38	1-38	.98
Escala de Conducta Sexual (Hombres)	38	1-38	.98

Nota. $n=257$; α =coeficiente de Alpha de Cronbach.

Nivel de Empoderamiento

Para dar respuesta al primer objetivo específico, se presenta el nivel de empoderamiento de los adolescentes. En cuanto al nivel de empoderamiento global, se observó una proporción igual (33.9%; 87) entre los niveles bajo y alto (Tabla 4).

Tabla 4*Nivel de empoderamiento global de los adolescentes*

Nivel	f	%
Bajo	87	33.85
Medio	83	32.30
Alto	87	33.85
Total	257	100.00

Nota. $n=257$; f =frecuencia; %=porcentaje.

Para dar respuesta al segundo objetivo específico, el cual consiste en evaluar el nivel de empoderamiento de acuerdo con el sexo, se observó que el 37.5% (36) del sexo femenino se clasificó en el nivel alto, seguido por el 35.4% (34) en el nivel medio, mientras que, en el sexo masculino, la mayoría se clasificó en el nivel de empoderamiento bajo (37.9%; 61), seguido por 31.7% (51) con nivel alto (Tabla 5).

Tabla 5*Nivel de empoderamiento de los adolescentes, por sexo*

Nivel	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Bajo	26	27.08	61	37.90
Medio	34	35.42	49	30.43
Alto	36	37.50	51	31.67
Total	96	100.00	161	100.00

Nota. $n=257$; f =frecuencia; %=porcentaje.

Al clasificarse el empoderamiento por dimensiones, se observó que la mayoría de las participantes del sexo femenino se clasificó en el nivel bajo en las dimensiones de autoestima (40.6%; 39) y agencia (44.8%; 43); el empoderamiento social (36.5%; 35) y papel asignado debido al género (44.8%; 43) en el nivel medio; mientras que, en el poder sexual, se observó una distribución igual en los niveles bajo y medio (35.4%; 34). En cambio, en el sexo masculino, las dimensiones en las que presentaron nivel bajo en su mayoría fue empoderamiento social (39.2%; 63), papel asignado debido al género (47.2%; 76) y poder sexual (42.9%; 69); las dimensiones con nivel medio fueron autoestima (36%; 58) y en la agencia hubo proporciones iguales en los niveles bajo y alto (33.5%; 54) (Tabla 6).

Tabla 6*Empoderamiento por dimensiones*

Nivel	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Empoderamiento Social				
Bajo	28	29.17	63	39.14
Medio	35	36.45	49	30.43
Alto	33	34.38	49	30.43
Autoestima				
Bajo	39	40.63	54	33.54
Medio	33	34.37	58	36.02
Alto	24	25.00	49	30.44
Agencia				
Bajo	43	44.79	54	33.54
Medio	28	29.16	53	32.92
Alto	25	26.05	54	33.54

continúa

Tabla 6*Empoderamiento por dimensiones (continuación)*

Nivel	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Papel Asignado debido al Género				
Bajo	16	16.66	76	47.20
Medio	43	44.80	60	37.27
Alto	37	38.54	25	15.53
Poder Sexual				
Bajo	34	35.41	69	42.86
Medio	34	35.41	60	37.26
Alto	28	29.18	32	19.88
Total	96	100.00	161	100.00

Nota. $n=257$; f =frecuencia; %=porcentaje.

Conductas Sexuales

Para dar respuesta al tercer objetivo específico, se identificaron las conductas sexuales de los adolescentes; se observó que 37.5% (36) de las mujeres y 45.4% (73) de los hombres, ya habían iniciado su vida sexual (Tabla 7).

Tabla 7*Debut sexual de los adolescentes*

Inicio de Vida Sexual	Femenino		Masculino	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sí	36	37.50	73	45.35
No	60	62.50	88	54.65
Total	96	100.00	161	100.00

Nota. $n=257$; f =frecuencia; %=porcentaje.

En la tabla 8 se presenta la edad de inicio de vida sexual de los adolescentes, en donde se obtuvo una $M=15.42$ años ($DE=1.40$) en las mujeres; mientras que en los hombres se obtuvo $M=14.68$ años ($DE=1.71$).

Tabla 8*Edad de inicio de vida sexual*

Edad	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Mujeres ^a	15.42	1.40	13	18
Hombres ^b	14.68	1.71	10	18

Nota. ^a $n=36$ del sexo femenino; ^b $n=73$, sexo masculino; M =media; DE =desviación estándar; $Mín$ =mínimo; $Máx$ =máximo.

Para responder al objetivo específico cuatro, se describen las conductas sexuales de los adolescentes, de acuerdo con el sexo. Los participantes indicaron la edad de la última pareja con la que tuvieron relaciones sexuales (tabla 9), en donde se observó que la media de edad de la última pareja sexual en las mujeres fue 17.86 ($DE=2.29$), mientras que en los hombres se obtuvo una $M=16.48$ ($DE=2.57$).

Tabla 9

Edad de la última pareja sexual

Edad	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Mujeres ^a	17.86	2.29	13	25
Hombres ^b	16.48	2.57	4	24

Nota. ^a $n=36$ del sexo femenino; ^b $n=73$ del sexo masculino; *M*=media; *DE*=desviación estándar; *Mín*=mínimo; *Máx*=Máximo.

Se evaluaron las conductas sexuales que presentaron los adolescentes en los últimos tres meses (Tabla 10). Los 36 adolescentes del sexo femenino que ya habían iniciado su vida sexual indicaron la cantidad de veces en las que tuvieron relaciones sexuales en los últimos tres meses, obteniéndose una $M=14.64$ veces ($DE=36.47$). Al evaluar los días en los que tuvieron relaciones sexuales sin usar condón, se obtuvo una $M=6.08$ días ($DE=16.31$). También reportaron la cantidad de días en los que tuvieron relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol o drogas y que no hayan usado condón, reportándose una $M=1.25$ días ($DE=4.53$).

Tabla 10

Conductas sexuales en mujeres en los últimos 3 meses

Características	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Veces que tuvo RS	14.64	36.47	0	200
Uso de método anticonceptivo	2.81	5.63	0	30
Uso de condón	2.86	5.73	0	30
Número de parejas sexuales	1.00	0.68	0	2
Días en que ha tenido RS	8.64	16.13	0	60
Días en los que tuvo RS sin condón	6.08	16.31	0	78

continúa

Tabla 10*Conductas sexuales en mujeres en los últimos 3 meses (continuación)*

Características	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
RS bajo la influencia de alcohol o drogas	1.19	4.64	0	25
RS bajo la influencia de alcohol o drogas sin uso de condón	1.25	4.53	0	25

Nota. $n=36$; RS=relaciones sexuales; *M*=media; *DE*=desviación estándar; *Mín*=mínimo; *Máx*=máximo.

En la tabla 11 se describen las conductas sexuales de los hombres en los últimos tres meses, se observó una $M=3.30$ veces que tuvieron relaciones sexuales ($DE=4.70$). De éstas, se reportó una $M=1.12$ de días ($DE=2.56$) en los que no usaron condón. También reportaron que en ocasiones tuvieron relaciones sexuales bajo la influencia de alcohol o drogas sin hacer uso de condón ($M=1$; $DE=.536$).

Tabla 11*Conductas sexuales en hombres en los últimos 3 meses*

Características	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Veces que tuvo RS	3.30	4.70	0	25
Uso de método anticonceptivo	1.97	3.81	0	20
Uso de condón	2.11	3.58	0	20
Número de parejas sexuales	1.00	1.10	0	6
Días en que ha tenido RS	3.18	4.38	0	20
Días en los que tuvo RS sin condón	1.12	2.56	0	15
RS bajo la influencia de alcohol o drogas	1.00	1.32	0	10
RS bajo la influencia de alcohol o drogas sin uso de condón	1.00	0.53	0	3

Nota. $n=73$; RS=relaciones sexuales; *M*=media; *DE*=desviación estándar; *Mín*=mínimo; *Máx*=máximo.

El 38.9% (14) de las mujeres refirió haber tenido alguna vez sexo anal, mientras que en los hombres se reportó el 39.7% (29; tabla 12). Respecto a la última vez que tuvieron relaciones sexuales anales, los hombres reportaron mayor porcentaje (17.8%; 13) en el uso de condón que las mujeres (16.7%; 6).

Tabla 12*Sexo anal en adolescentes*

Conducta Sexual	Femenino ^a		Masculino ^b	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sexo anal alguna vez en la vida				
No	22	61.12	44	60.27
Sí	14	38.88	29	39.73
Sexo anal en los últimos tres meses				
No	31	86.12	61	83.56
Sí	5	13.88	12	16.44
Uso de condón la última vez que tuvo sexo anal				
No	30	83.33	60	82.20
Sí	6	16.67	13	17.80
Total	36	100.00	73	100.00

Nota. ^a $n=36$ del sexo femenino; ^b $n=73$ del sexo masculino; f =frecuencia; %=porcentaje.

En la tabla 13, se observa que 88.9% (32) de las mujeres ha practicado sexo oral alguna vez en su vida y el 72.2% (26) han dado sexo oral en los últimos tres meses. Por su parte, 75.3% (55) de los hombres han practicado sexo oral y el 56.2% (41) han dado sexo oral en los últimos tres meses.

Tabla 13*Sexo oral en adolescentes*

Conducta Sexual	Femenino ^a		Masculino ^b	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sexo oral alguna vez en la vida				
No	4	11.12	18	24.65
Sí	32	88.88	55	75.35
Ha dado sexo oral en los últimos tres meses				
No	10	27.78	32	43.84
Sí	26	72.22	41	56.16
Le han dado sexo oral en los últimos tres meses				
No	14	38.88	27	36.98
Sí	22	61.12	46	63.02
Total	36	100.00	73	100.00

Nota. ^a $n=36$ del sexo femenino; ^b $n=73$ del sexo masculino; f =frecuencia; %=porcentaje.

Los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors de las variables de estudio (Tabla 14) mostró que la Escala

Global de Empoderamiento Adolescente reportó una media de 135.95 ($DE=13.82$), mientras que la escala de Conducta Sexual obtuvo una $M=19.47$ ($DE=22.62$).

Tabla 14

Prueba de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors

Variables	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Empoderamiento	135.95	13.82	95	164	0.06	.007
Empoderamiento social	32.54	4.88	15	40	0.10	.001
Autoestima	28.11	5.05	9	36	0.07	.003
Agencia	34.07	5.11	19	46	0.05	.098
Papel asignado debido al género	30.08	5.88	9	36	0.15	.001
Poder sexual	16.28	3.66	6	20	0.17	.001
Conductas Sexuales	19.47	22.62	0	61	0.33	.001

Nota. $n=257$; *M*=media; *DE*=desviación estándar; *Mín*=mínimo; *D^a*=prueba de normalidad; *Máx*=máximo; *p*=significancia bilateral.

La escala para empoderamiento, así como sus subescalas y la escala de conducta sexual presentaron distribución no normal ($p<.05$), por lo que para el análisis inferencial se utilizaron pruebas no paramétricas.

Diferencia entre Empoderamiento

Se realizó la prueba de comparación *U* de Mann-Whitney para comparar el nivel de empoderamiento entre mujeres y hombres, la cual muestra que no hay diferencia significativa, debido a que se obtuvo una significancia mayor a .05 (Tabla 15).

Tabla 15

Diferencia de empoderamiento entre hombres y mujeres

Características	<i>N</i>	<i>Media de Rango</i>	<i>Z</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Empoderamiento					
Femenino	96	138.48	-1.58	6817.5	.114
Masculino	161	123.34			

Nota. $n=257$; *N*=número de casos; *Z*=valor de la *Z* en la prueba; *U*=*U* de Mann-Whitney; *p*=significancia estadística.

Diferencia entre Conductas Sexuales

En relación con las diferencias en las conductas sexuales de los adolescentes, se aplicó la prueba de comparación *U* de Mann-Whitney, la cual no muestra diferencia significativa en las conductas sexuales entre hombres y mujeres, ya que reportaron una significancia mayor a .05 (Tabla 16).

Tabla 16

Diferencia en conductas sexuales entre hombres y mujeres

Características	<i>N</i>	Media del Rango	<i>Z</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Veces que tuvo relaciones sexuales					
Femenino	36	59.25	-1.01	1161.00	.313
Masculino	73	52.90			
Uso de método anticonceptivo					
Femenino	36	57.18	-0.53	1235.50	.591
Masculino	73	53.92			
Uso de condón					
Femenino	36	55.14	0.97	1309.00	.973
Masculino	73	54.93			
Número de parejas sexuales					
Femenino	36	52.06	0.46	1208.00	.461
Masculino	73	56.45			
Días que ha tenido relaciones sexuales					
Femenino	36	57.90	0.49	1209.50	.490
Masculino	73	53.57			
Días que tuvo relaciones sexuales sin condón					
Femenino	36	59.10	-1.10	1166.50	.270
Masculino	73	52.98			
Relaciones sexuales bajo la influencia de alcohol o drogas					
Femenino	36	53.43	0.51	1257.50	.518
Masculino	73	55.77			
Veces que tuvo relaciones sexuales					
Femenino	36	55.06	-0.02	1312.00	.982
Masculino	73	54.97			

Nota. *n*=109; *N*=número de casos; *Z*=valor de la *Z* en la prueba; *U*=*U* de Mann-Whitney; *p*=significancia estadística.

Relación entre las variables de estudio

A continuación, se muestra la relación entre el nivel de empoderamiento con las conductas sexuales, así como la relación entre las subescalas de la Escala Global de Empoderamiento Adolescente con las conductas sexuales, para responder a los objetivos específicos cinco al nueve.

Se encontró relación significativa entre el empoderamiento y las conductas sexuales ($\rho=.19, p<.01$). Asimismo, se encontró una relación significativa entre la subescala de agencia con las conductas sexuales ($\rho=.20, p<.01$), sin embargo, no se encontraron relaciones entre el empoderamiento social, autoestima, papel asignado debido al género y poder sexual con las conductas sexuales (Tabla 17).

Tabla 17

Matriz de coeficiente de correlación de Spearman

Variable	Conductas Sexuales
Empoderamiento	.19**
Empoderamiento social	.07
Autoestima	.06
Agencia	.20**
Papel Asignado debido al Género	-.06
Poder Sexual	.02

Nota. ** $p<.01$.

Dado que no hubo normalidad de los datos, se realizó un análisis de regresión lineal por método de eliminación hacia atrás para dar respuesta al objetivo general de la investigación, el cual consta en determinar la relación del empoderamiento en las conductas sexuales de los adolescentes. La variable dependiente fue la conducta sexual y la independiente fue el empoderamiento. Se obtuvo significancia estadística en lo que respecta a la probabilidad de presentar conductas sexuales; dicho modelo alcanzó una varianza explicada del 3.7% ($p<.001; \beta=.20$), de acuerdo con Cohen (1992) se considera un tamaño de efecto pequeño (Tabla 18).

Tabla 18*Modelo de regresión lineal de las variables de estudio*

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Regresión	5321.28	1	5321.28	10.78	.001
Residuo	125770.74	255	493.21		
$R^2 = 3.7\%$					
Variable	<i>Significancia</i>				
	β	B	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Empoderamiento	.20	.33	.10	3.28	.001

Nota. $n=257$; *SC*=suma de cuadrados; *gl*=grados de libertad; *CM*=cuadrado medio; *F*=estadístico F; *p*=nivel de significancia; R^2 =coeficiente de determinación; β =estadístico beta estandarizado; B=estadístico beta no estandarizado; *DE*=desviación estándar; *t*=prueba t.

Para identificar la influencia del empoderamiento en las conductas sexuales por sexo, se realizó un análisis de regresión lineal por método de eliminación hacia atrás. En el modelo para el sexo femenino, no se obtuvo significancia estadística ($p > .05$).

Respecto al sexo masculino, se obtuvo significancia estadística en lo que respecta a la probabilidad de presentar conductas sexuales con una varianza explicada del 5.6% ($p = .002$; $\beta = .24$), de acuerdo con Cohen (1992) se considera un tamaño de efecto pequeño (Tabla 19).

Tabla 19*Modelo de regresión lineal, sexo masculino*

	<i>SC</i>	<i>gl</i>	<i>CM</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Regresión	5126.97	1	5126.97	10.41	.002
Residuo	78291.23	159	492.39		
$R^2 = 5.6\%$					
Variable	<i>Significancia</i>				
	β	B	<i>DE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Empoderamiento	.24	.40	.12	3.22	.002

Nota. $n=257$; *SC*=suma de cuadrados; *gl*=grados de libertad; *CM*=cuadrado medio; *F*=estadístico F; *p*=nivel de significancia; R^2 =coeficiente de determinación; β =estadístico beta; B=estadístico beta no estandarizado; *DE*=desviación estándar; *t*=prueba t.

Capítulo IV

Discusión

Los resultados del presente estudio permitieron conocer el nivel de empoderamiento de los adolescentes de una institución pública del nivel medio superior del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. Asimismo, se observaron las diferencias entre las conductas sexuales y se determinó la influencia del empoderamiento en las conductas sexuales de los y las adolescentes. Enseguida se discuten los resultados obtenidos y se presentan las conclusiones y recomendaciones.

Por lo que se refiere a la ocupación de los participantes, una menor proporción de adolescentes estudiaba y trabajaba, lo cual difiere con Quijano-Ruiz y Faytong-Haro (2021). Hubo disparidad con lo reportado por Settheekul, et al. (2018), ya que los adolescentes que refirieron tener pareja sentimental fueron menores a lo indicado por estos autores.

En concordancia con Losa-Castillo y González-Losa (2018), la mayoría de los adolescentes refirieron ser heterosexuales, sin embargo, una menor proporción consideraron la homosexualidad, asexualidad, bisexualidad y pansexualidad como su orientación sexual. Acerca del género, una menor proporción de participantes indicaron se queer, es decir, no se identifican con el binarismo de género (hombre y mujer).

Se evaluó el nivel de empoderamiento de los adolescentes, observando que hubo proporciones iguales en los niveles bajo y alto, lo cual difiere con los hallazgos de Zimmerman et al. (2021), donde obtuvieron puntajes medios. Sin embargo, la cantidad de participantes clasificados en el nivel medio de empoderamiento no está alejada de ser proporcional con los demás niveles, es decir, hay la misma cantidad de adolescentes que tenían y que no tenían adecuada voz, decisión y poder.

Al evaluar el nivel de empoderamiento por sexo, la mayoría de las mujeres se clasificaron en el nivel alto, lo cual difiere con lo reportado por Casique (2016), Koenig et al. (2020) y Zimmerman et al. (2021) en el que las participantes obtuvieron puntajes

medios o bajos al ejercer su voz y poder, así como al realizar su toma de decisiones. A pesar de que actualmente se promueve el empoderamiento en el sexo femenino, hubo participantes clasificadas en el nivel bajo y esto podría deberse a diversas razones, por ejemplo: la discriminación, pueden ser discriminadas en su acceso a la educación, atención médica, limitando su capacidad para desarrollar habilidades; o bien, violencia de género, pudiendo ser abuso físico o psicológico, lo cual también podría predisponerlas al abandono escolar o involucrarse en conductas de riesgo.

Respecto al sexo masculino, la mayoría de los participantes se clasificaron en el nivel de empoderamiento bajo, lo que supone que, este grupo poblacional no tiene una adecuada voz, decisión y poder, hallazgo opuesto a lo reportado por Casique (2016), Koenig et al. (2020) y Zimmerman et al. (2021); sin embargo, la diferencia de frecuencias de este con los niveles medio y bajo no están alejadas de ser proporcionales. Socialmente suele estereotiparse como un sexo fuerte e independiente, sin embargo, suelen omitirse algunos determinantes que intervienen en el empoderamiento de los hombres, por ejemplo, el estigma de salud mental, siendo reacios a buscar ayuda para problemas de salud mental; y los estereotipos de género, dificultando que puedan ser libres de expresar sus emociones o pidan ayuda cuando lo necesitan.

Respecto a los niveles de empoderamiento, no se identificó una diferencia significativa entre hombres y mujeres, sin embargo, se observaron discrepancias en las medias de rango, donde el puntaje fue menor en el sexo masculino. Además, se observaron diferencias entre las dimensiones de empoderamiento por sexo, donde el sexo femenino tuvo mejores puntajes de empoderamiento social que los hombres; esto pudiera deberse a que se han visualizado más los movimientos feministas, logrando avances en la sensibilización sobre la desigualdad de género y en la promoción de políticas e iniciativas que la promuevan; así como el aumento en la educación en este estrato y el cambio de actitudes sociales, ya que la sociedad acepta más a las mujeres en puestos de liderazgo.

En cuanto al autoestima, predominó el nivel medio en el sexo masculino, mientras que en el femenino fue el nivel bajo, lo que difiere con Casique (2016). Esto pudiera ser resultado de los estereotipos de género, ya que el sexo femenino suele estereotiparse como menos capaz, lo que lleva a las mujeres a sentirse menos confiadas en sus habilidades y menos propensas a asumir riesgos. En relación con la agencia, en ambos sexos predominó el nivel bajo, pero también hubo proporción igual en los jóvenes del sexo masculino clasificados en el nivel alto.

Con respecto al papel asignado debido al género, las mujeres presentaron prevalencia proporcional en el nivel bajo y medio, mientras que los hombres en el nivel bajo, lo cual evidencia que las actitudes hacia los roles de género están cambiando y probablemente uno de los factores importantes sean las redes sociales, ya que la interacción de los adolescentes no se limita a su círculo primario, sino que amplía el acceso a su información y, por ende, desafían a los roles de género establecidos. Por lo que se refiere al poder sexual, ambos tuvieron predominancia en el nivel bajo, en contraste con lo reportado por Koenig et al. (2020), Musso (2022) y Zimmerman et al. (2021); esto pudiera deberse a las creencias personales o las actitudes negativas hacia la sexualidad, falta de comunicación y expresión sexual, o la incertidumbre hacia esto.

En cuanto a las conductas sexuales, el porcentaje de adolescentes que ya tuvieron relaciones sexuales fue similar a lo obtenido por López et al. (2020), Losa-Castillo y González-Losa (2018) y Ramiro-Sánchez et al. (2018), donde la mayoría de la población que había iniciado su vida sexual correspondió al sexo masculino. La media de edad de inicio de vida sexual observada fue similar a la reportada por López et al. (2020) y Villalobos et al. (2020), sin embargo, difiere con el promedio reportado por Losa-Castillo y González-Losa (2018). Este dato resulta relevante ya que sugiere que los participantes iniciaron su vida sexual en la adolescencia media, lo que difiere con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2015), quien reporta que esta práctica inicia en la adolescencia tardía.

Respecto a las prácticas sexuales en los últimos tres meses, se observó que el sexo femenino tuvo mayor cantidad de veces en las que tuvieron relaciones sexuales, dato diferente a lo indicado por Pengpid y Peltzer (2020); además el valor máximo reportado por ambos sexos tuvo gran margen, sin embargo, puede ser posible que los participantes no hayan sido honestos respecto a sus respuestas.

El método anticonceptivo de elección fue el condón masculino, sin embargo, su uso no es regular ya que la media de uso reportada, tanto en hombres como mujeres, fue menor en gran proporción a la media de veces que tuvieron relaciones sexuales, hallazgo que coincide con Pengpid y Peltzer (2020), pero que difiere con lo reportado por López et al. (2020) y Settheekul et al. (2018). Este dato sugiere reflexionar sobre la educación sobre planificación familiar en el primer nivel de atención que realiza la disciplina de enfermería, o bien, el acceso que tienen los adolescentes a un método anticonceptivo, la confianza que tienen para acercarse a las clínicas de salud o sus creencias sobre el condón.

En contraste con los hallazgos de López et al. (2020) y Pengpid y Peltzer (2020), los adolescentes, tanto del sexo masculino como femenino, que participaron en el estudio, tuvieron en promedio una pareja sexual en los últimos tres meses. Así como en el estudio de Losa-Castillo y González-Losa (2018), hubo presencia de relaciones sexuales bajo la influencia de alcohol o una droga, además, de acuerdo con las medias observadas, se podría suponer que las veces en que los jóvenes tienen esta conducta, no hacen uso de un método anticonceptivo o condón, lo cual los involucra en múltiples conductas de riesgo (Pengpid & Peltzer, 2020).

De los adolescentes que ya habían iniciado su vida sexual, menos de la mitad y con una proporción similar de hombres y mujeres han practicado sexo anal, siendo una cifra mayor a lo indicado por Losa-Castillo y González-Losa (2018). Además, se observó que más de la mitad, tanto del sexo masculino como femenino, no hicieron uso

de condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales anales, lo cual es preocupante, puesto que los predispone a adquirir alguna ITS.

Asimismo, se observó que más de la mitad de los adolescentes que ya habían iniciado su vida sexual han practicado alguna vez en su vida sexo oral, en una proporción mayor a lo indicado por Losa-Castillo y González-Losa (2018), siendo el sexo femenino la población que indicó haberlo practicado más. En el mismo orden de ideas, se identificó que es mayor la proporción en que a los hombres les hayan dado sexo oral, a que ellos lo hayan hecho.

Sin embargo, en contraste con los hallazgos de Ramiro-Sánchez et al. (2018) y Settheekul et al. (2018), no se encontraron diferencias significativas en las conductas sexuales de los adolescentes en los últimos tres meses, sin embargo, se pudieron identificar algunas diferencias en las medias de rangos.

En cuanto a la relación entre el empoderamiento y las conductas sexuales de los adolescentes, se encontró una correlación positiva débil, es decir, hay una relación lineal débil entre el empoderamiento global con las conductas sexuales en los adolescentes que participaron en el estudio. Este hallazgo coincide con los reportado por Casique (2016). El empoderamiento es el proceso de aumentar la capacidad de los individuos para tomar decisiones y transformarla en acciones y resultados deseados. En el contexto de la salud sexual y reproductiva, el empoderamiento puede considerarse como la capacidad de tomar decisiones informadas, autónomas, así como ejercer su voz y poder, libres de coerción, violencia o discriminación.

Por otro lado, al evaluar si existe relación entre las dimensiones del empoderamiento con las conductas sexuales, no se encontraron correlaciones significativas entre el empoderamiento social, autoestima, papel asignado debido al género y poder sexual. Opuesto a lo reportado por Casique (2016) y Kalliath et al. (2021), se encontró una correlación positiva débil entre la agencia con las conductas sexuales; es decir que, al sentirse cómodo con su cuerpo, el comunicar sus necesidades y

deseos sexuales, tomar decisiones informadas, establecer límites y saber decir no, está relacionado con las prácticas sexuales.

Se encontró que el empoderamiento tiene relación en las conductas sexuales de los adolescentes que participaron en el estudio, es decir, el que los adolescentes estén empoderados, aumenta la probabilidad de que los adolescentes tengan conductas sexuales, resultados que concuerdan con Casique (2016), Dewry y Garcés-Palacio (2020), Jacinto et al. (2020) y Koenig, et al. (2020).

Al observar la relación del empoderamiento por sexo, se observó que no hubo significancia estadística en el sexo femenino, sin embargo, para el sexo masculino se observó un efecto pequeño, lo que supone que para esta población el que estén empoderados aumenta el riesgo de que haya conductas sexuales.

Conclusiones

Los hallazgos obtenidos en el presente estudio permiten identificar un panorama general en cuanto al nivel de empoderamiento de los adolescentes, así como observar las diferencias entre sus conductas sexuales.

Al evaluar el nivel de empoderamiento global de los adolescentes, hubo proporción en la clasificación de los niveles, sin embargo, al evaluarlos por sexo, el sexo femenino se catalogó en el nivel alto, mientras que el sexo masculino en el nivel bajo.

Respecto a la clasificación de empoderamiento por sexo, no hubo predominancia del sexo femenino en un nivel alto, a diferencia del sexo masculino, quien obtuvo mayor prevalencia de agencia en este nivel. No obstante, los hombres tuvieron mayor prevalencia en el nivel bajo en las dimensiones de empoderamiento social, papel asignado debido al género y poder sexual; mientras que las mujeres se distribuyeron mayormente en el nivel en las dimensiones de autoestima y agencia. Pese a estos resultados, no hubo diferencia significativa estadística en los niveles de empoderamiento por sexo.

Por lo que se refiere a las conductas sexuales, menos de la mitad de los participantes ya habían iniciado su vida sexual, pero se observó una media inferior a lo reportado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud (2015); además el sexo femenino fue quien reportó haber tenido más encuentros sexuales en los últimos tres meses. Asimismo, se observó que los adolescentes no usan regularmente un método anticonceptivo cuando tienen relaciones sexuales, lo cual los pone en riesgo no sólo de un embarazo no planeado, sino de una ITS. Respecto a las parejas sexuales de los participantes, se obtuvo una media de una pareja sexual en los últimos tres meses.

Se observó que los adolescentes que ya iniciaron su vida sexual han tenido relaciones sexuales bajo la influencia de alcohol o una droga, además de no usar un método anticonceptivo durante esta práctica. Ahora bien, también se observó que los adolescentes han tenido sexo anal y vaginal, siendo el último realizado por el sexo femenino en mayor proporción. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre las conductas sexuales realizadas en los últimos tres meses.

Se observó una correlación débil entre el empoderamiento y las conductas sexuales, es decir, a mayor voz, decisión y poder, mayores prácticas sexuales. A partir de los resultados se puede deducir que, el empoderamiento puede influir en el comportamiento sexual, presentando mayores probabilidades de tener conocimiento sobre la salud sexual y reproductiva, hacer uso de la anticoncepción de manera consciente y correcta, decir no a la actividad sexual no deseada, así como denunciar la violencia sexual. Además, se observó que en los hombres el empoderamiento influye en sus conductas sexuales, es decir, al estar empoderados existe un mayor riesgo de que tengan prácticas sexuales.

A su vez, el empoderamiento también puede ayudar a reducir el riesgo de ITS y embarazos no deseados, sin embargo, la disciplina de enfermería aún tiene cosas por hacer para promover el empoderamiento sexual, entre las que se destaca el proporcionar

educación sexual integral, promoción de la igualdad de género y la creación de espacios seguros y de apoyo para la expresión sexual.

El promover e investigar el empoderamiento sexual en ambos sexos podría hacer que los adolescentes tengan la misma oportunidad de tener una vida sexual saludable, satisfactoria y responsable.

Limitaciones

Los datos fueron recolectados en una institución pública de nivel superior del área metropolitana de Monterrey, por lo que no se pueden generalizar los resultados y solo pueden ser aplicados en una población con características similares.

El estudio se realizó en un bachillerato con orientación tecnológica, por lo que la mayoría de la población correspondió al sexo masculino, es por ello por lo que los datos no pueden ser generalizables.

El proceso de recolección de datos se vio retrasado por diversas actividades programadas por la institución de nivel superior, así como la falta de comunicación con las autoridades educativas, tanto del nivel matutino como del vespertino.

Recomendaciones

Se sugiere explicar, desde el primer acercamiento, a las autoridades educativas el objetivo, procedimiento y material que se necesitará para poder programar la colecta de datos sin intervenir en las actividades escolares y retrasar el proceso.

Para la aplicación, explicación y aclaración de dudas, se recomienda la presencia de, al menos, dos facilitadores. Se propone dar una pequeña retribución a la población para que acepten participar, puesto que se observó más interés por parte de los adolescentes a participar al enterarse que se les daría una pluma y una infografía.

Se sugiere evaluar el nivel de empoderamiento y su relación con las conductas sexuales en adolescentes que residan en una comunidad rural, para observar si existen diferencias entre población rural y urbana, además de asegurar que la población de estudio sea equitativa por sexo.

Referencias

- Afulani, P. A., Sayi, T. S. & Montagu, D. (2018). Predictors of person-centered maternity care: the role of socioeconomic status, empowerment, and facility type. *BioMed Central Health Services Research*, 18(360). 1-16.
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3183-x>
- Alfonso, L. & Figueroa, L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Revista Ciencias Médicas*, 21(2).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200020
- Badillo- Vilorio, M., Mendoza, X., Barreto, M. & Díaz-Pérez, A. (2020). Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla, Colombia, 2019. *Enfermería global*, 19(59).
<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.412161>
- Banda, A. L., Morales, M. A., Vanegas, A. C. (2015). HABLANDO DE EMPODERAMIENTO: ESTUDIO DE UNA MUESTRA DE GÉNERO MASCULINO EN EL NOROESTE DE MÉXICO. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la U.A.C.J.S.*, 6(1). 86-99.
- Casique, I. (2016). Dimensiones entrelazadas: empoderamiento y actitudes de los adolescentes mexicanos respecto al uso del condón masculino. *Revista Latinoamericana de Población*, 10(19), 149-168.
<https://doi.org/10.31406/relap2016.v10.i2.n19.7>
- Casique, I. (2017). Propuesta y validación de una escala para medir el empoderamiento de los adolescentes en México. *Notas de Población N° 104*, 85-118.
<https://www.cepal.org/es/publicaciones/41962-propuesta-validacion-escala-general-medir-empoderamiento-adolescentes-mexico>
- Castillo- Arcos, L. C., Alvarez- Aguirre, A., Bañuelos-Barrera, Y., Valle-Solís, M. O., Valdez-Montero, C. & Kantún- Marín, M. A. J. (2017). Edad, Género y

Resiliencia en la Conducta Sexual de Riesgo para ITS en Adolescentes al Sur de México. *Enfermería Global*, 16(1), 168-177.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.234921>

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2015). Sexualidad en la Adolescencia. Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes.

<https://www.gob.mx/salud/cnegsr/acciones-y-programas/sexualidad-en-la-adolescencia#:~:text=Al%20iniciarse%20la%20pubertad%20aumenta,ansiedad%20y%20sentimientos%20de%20culpa>.

Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 155-159.

Consejo Nacional de Población. (2020). Tasa de Fecundidad Adolescente Nacional, por Entidad Federativa y Municipio, 2020. *Datos Abiertos: Salud Sexual y*

Reproductiva. https://datos.gob.mx/busca/dataset/salud-sexual-y-reproductiva/resource/e2ec3268-3344-42d2-a747-a20e65bc09f9?inner_span=True

Drewry, J. & Garcés-Palacio, I.C. (2020). Socio-Demographic Characteristics and Female Empowerment as Determinants of Adolescent Pregnancy in Colombia.

International Journal of Sexual Health, 32(3), 293-305.

Edmeades, J., Mejia, C., Parsons, J. & Sebany, M. (2018). *A Conceptual Framework for*

Reproductive Empowerment: Empowering Individuals and Couples to Improve their Health (Background Paper). Washington D.C, International Center for Research on Women.

Eerdewijk, A. H. J. M., van, Wong, F., Vaast, C., Newton, J., Tyszler, M., &

Pennington, A. (2017). White paper: A conceptual model on women and girls' empowerment. <http://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/169223>

Fernández, Y. & Calle, A. (2017). Empoderamiento femenino: La vía para la apropiación y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. *Manglar*, 14(2).

<https://erp.untumbes.edu.pe/revistas/index.php/manglar/article/view/79>

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020). *¿Qué es la adolescencia?*
<https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
- Grove, S. K. & Gray, J. R. (2019). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Elsevier.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Juventud. (2020).
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Juventud2020_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). (2020). ESTADÍSTICAS A PROPÓSITO DEL DÍA MUNDIAL DE LA POBLACIÓN (11 DE JULIO). DATOS NACIONALES.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Poblacion2020_Nal.pdf
- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). (2021). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)*.
<https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>
- Jacinto, R., Sánchez, M., Torres, M. A. C. & Ruiz, M. L. (2020). Mentoría como intervención de enfermería para el empoderamiento adolescente en la salud reproductiva. *Horizonte Sanitario*, 1(19), 103-114.
<http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v19n1/2007-7459-hs-19-01-103.pdf>
- Kalliath, J. D., Gnanaselvam, N. A., Pinto, N. X., Chirayath, M. & Ramesh, N. (2021). Empowerment status of school-going adolescents in Anekal taluk of Bengaluru district. *J Sci Soc*, 48 (1), 17-20. https://doi-org.udlap.idm.oclc.org/10.4103/jss.JSS_39_20
- Koenig, L. R., Li, M., Zimmerman, L. A., Kayembe, P., Lou, C., Mafuta, E., Ortiz, J. & Moreau, C. (2020). Associations Between Agency and Sexual and Reproductive

- Health Communication in Early Adolescence: A Cross-cultural, Cross-sectional Study. *Journal of Adolescent*, 67 (3), 416-426.
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.02.026>.
- López, D., Rodríguez, A.M. & Peña, M. (2020). Conductas sexuales de riesgo para infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Novedades en Población*, 16(31), 187-199.
- Losa-Castillo, R. & González-Losa, M.R. (2018). Conductas sexuales en adolescentes de una escuela secundaria en Mérida, Yucatán, México. *Revista Biomédica*, 3(29), 81- 87. <http://revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/625>
- Musso, P., Ligorio, M. B., Ibe, E., Annese, S., Semeraro, C. & Cassibba, R. (2022). STEM- Gender Stereotypes: Associations with School Empowerment and School Engagement Among Italian and Nigerian Adolescents. *Front Psychol*, 22(1), 1-15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.879178>
- Najmabadi, K. M. & Sharifi, F. (2019). Sexual Education and Women Empowerment in Health: A Review of the Literature. *International Journal of Women's Health and Reproductive Sciences*, 7(2), 150-155.
<https://doi.org/10.15296/ijwhr.2019.25>
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Embarazo en la adolescencia*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Infecciones de transmisión sexual*.
[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)#:~:text=todo%20el%20mundo,-,Cada%20d%C3%ADa%2C%20m%C3%A1s%20de%20un%20mill%C3%B3n%20de%20personas%20contraen%20una,y%20tricomoniasis%20\(156%20millones\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)#:~:text=todo%20el%20mundo,-,Cada%20d%C3%ADa%2C%20m%C3%A1s%20de%20un%20mill%C3%B3n%20de%20personas%20contraen%20una,y%20tricomoniasis%20(156%20millones)).
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Infecciones de transmisión sexual*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted->

infections-(stis)

Organización Mundial de la Salud (2021). *Salud del adolescente y el joven adulto*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

Organización Mundial de la Salud (2022). *Salud en el adolescente*.

https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_2

Organización Mundial de la Salud (2022). *Salud en el adolescente*.

https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Salud sexual*. https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

Organización Panamericana de la Salud (2006). *Política de igualdad de género*.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2680:gender-equality-policy&Itemid=0&lang=es

Organización Panamericana de la Salud (2016). *Infecciones de Transmisión Sexual*.

<https://www.paho.org/es/temas/infecciones-transmision-sexual>

Organización Panamericana de la Salud (2018). *América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo*.

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14163:latin-america-and-the-caribbean-have-the-second-highest-adolescent-pregnancy-rates-in-the-world&Itemid=1926&lang=es

Organización Panamericana de la Salud (2018). *Perfil de los adolescentes y jóvenes de la región de las Américas*. <https://www3.paho.org/informe-salud-adolescente-2018/part-one-a-profile-of-adolescents-and-youth-in-the-americas.html>

Pengpid, S. & Peltzer, K. (2020). Prevalence and Correlates of Sexual Risk Behavior among School-Going Adolescents in Four Caribbean Countries. *Behavioral Sciences*, 10(166), 1-13. <https://doi.org/10.3390/bs10110166>

Peterson, Z. D. (2010). What is sexual empowerment? A multidimensional and process-

- oriented approach to adolescent girls' sexual empowerment. *Sex Roles*, 62 (5), 307-313. <https://doi.org/10.1007/s11199-009-9725-2>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2018). *Investigación en enfermería: fundamentos para el uso de la evidencia en la práctica de enfermería*. Barcelona etc.: Wolters Kluwer.
- Quijano- Ruiz, A. & Faytong-Haro, M. (2021). Maternal sexual empowerment and sexual and reproductive outcomes among female adolescents: Evidence from a cross sectional study in Ecuador. *SSS-Population Health*, 14, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100782>.
- Ramiro-Sánchez, T., Ramiro, M. T., Bermúdez, M. P. & Buela- Casal, G. (2018). Sexism and sexual risk behavior in adolescents: Gender differences. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18, 245-253. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.04.002>
- Rojas, O. L. & Castrejón Caballero, J. L. (2020). The Beginning of Sexual Life in Mexico. A study of the Changes over Time and Social Differences. *Revista Latinoamericana De Población*, 14(27), 77-114. <https://doi.org/10.31406/relap2020.v14.i12.n27.3>
- Settheekul, S., Fongkaew, W., Viseskul, N. & Boonchieng, W. (2018). Factors influencing sexual risk behaviors among adolescents: A community-based participatory study. *Nurs Health Sci*, 21, 186-197. <https://doi.org/10.1111/nhs.12580>
- Tulloch, T. & Kaufman, M. (2013). Adolescent sexuality. *Pediatr Rev*, 34 (1), 29-37. <http://dx.doi.org/10.1542/pir.34-1-29>
- Turner, K., Cutica, I., Riva, S., Zambrelli, E. & Canevini, M. P. (2019). Level of empowerment and decision-making style of women with epilepsy in childbirth age. *Epilepsy & Behavior*, 93, 32-37. <https://doi.org/10.16/j.yebeh.2019.01.037>
- Van der Meer, L., Barsties, L. S., Daalderop, L. A., Waelput, A. J. M., Steegers, E. A. P. & Bertens, L. C. M. (2022). Social determinants of vulnerability in the

- population of reproductive age: a systematic review. *BMC Public Health*, 22(1252), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13651-6>
- Villalobos, A., Suárez, L., de la Vara, E., Hernández, M. I., Hubert, C. & Laguna, I. (2020). Adolescentes. Salud reproductiva. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19*.
https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
- Villaruel, A. M., Jemmot, J. B., Jemmot, L. S. & Ronis, D. L. (2004). Predictor of sexual intercourse and condom use intentions among Spanish- dominant Latino youth: a test of the planned behavior theory. *Nursing Research*, 53(3), 172-181. <https://doi.org/10.1097/00006199-200405000-00004>.
- Zimmerman, L. A., Koenig, L. R., Pulerwitz, J., Kayembe, P., Maddelena, M. & Moreau, C. (2021). The Intersection of Power and Gender: Examining the Relationship of Empowerment and Gender-Unequal Norms Among Young Adolescents in Kinshasa, DRC. *Journal of Adolescent Health*, 69, 564-571. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.03.031>
- Zimmerman, M. & Rappaport, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 16(5), 725-750. <https://doi.org/10.1007/BF00930023>

Apéndices

Apéndice A
Cédula de Datos Personales

Fecha: ____/____/____

Folio: _____

Instrucciones: Conteste las preguntas, marcando con una “X” el recuadro correspondiente.

1. Edad en años.

1) 15 2) 16 3) 17 4) 18

2. Sexo.

1) Femenino 2) Masculino

3. Semestre en el que está inscrito (a).

1) Primer semestre 2) Segundo semestre 3) Tercer semestre
4) Cuarto semestre 5) Quinto semestre 6) Sexto semestre

4. Estado civil:

1) Soltero (a) 3) Casado (a)/ Unión libre 4) Divorciado (a)

5. Actualmente...

1) Solo estudia 2) Estudia y trabaja

6. ¿Actualmente tiene pareja sentimental?

1) Sí 2) No

Apéndice B

Escala Global de Empoderamiento Adolescente

(Casique, 2017)

Instrucciones: Respecto a tu confianza de poder hacer cosas para cambiar el lugar donde vives, ¿qué tan de acuerdo estás con las siguientes frases? (Marca una sola respuesta en cada frase)

		Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1	Creo que podría trabajar con otros/as jóvenes y adultos de mi localidad o colonia para hacer que las cosas mejoren.				
2	Los/as jóvenes de mi edad podemos hacer que nuestra comunidad o colonia sea mejor.				
3	Los/as jóvenes de mi edad podemos hacer que la escuela sea mejor.				
4	Siento que podría trabajar con maestros y directores de mi escuela para lograr una mejora en ella.				
5	Los/as jóvenes podemos participar en la política y construir un país mejor.				
6	Tengo algo que aportar a la sociedad.				
7	Me siento miembro de mi colonia o comunidad.				
8	Me siento orgulloso/a de ser parte de mi colonia o comunidad.				
9	Creo que tengo capacidad para ayudar a otros que tienen problemas.				
10	Si me sintiese muy interesado/a en algún				

	tema podría hablar sobre este con la gente que tiene poder para hacer algo.				
Respecto a cómo te sientes contigo mismo/a, ¿qué tan de acuerdo estás con las siguientes frases? (Marca una sola respuesta en cada frase)					
		Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
11	En general estoy satisfecho/a conmigo mismo/a.				
12	Pienso que valgo tanto como cualquier otra persona.				
13	Creo que tengo varias cualidades buenas.				
14	Me inclino a pensar que soy un fracaso.				
15	Creo que tengo muchos motivos para estar orgulloso/a de mí.				
16	A veces pienso que no soy bueno/a para nada.				
17	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
18	No me gusta mi apariencia física.				
19	Me siento a gusto con mi cuerpo.				
20	Me es difícil expresar mi opinión públicamente.				
21	Pienso que mi opinión es tan importante como la de los/as demás.				
22	Tengo iniciativa para hacer las cosas.				
23	Exijo siempre mis derechos, aunque otros no estén de acuerdo.				
24	Me gusta planear mis actividades.				
25	Siento que tengo poco				

	control sobre lo que me pasa.				
		Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
26	Hago menos cosas de las que soy capaz.				
27	Le doy demasiada importancia a la opinión de los demás				
28	Es mejor actuar que esperar a ver qué pasa.				
29	Me es fácil tomar decisiones.				
30	Hago lo que creo que es mejor para mí sin importar lo que otros piensen.				
31	Siento que controlo mi vida.				
32	Es responsabilidad de la mujer evitar un embarazo.				
33	Solo cuando tiene hijos una mujer es mujer de verdad.				
34	Cuidar a los hijos es principalmente responsabilidad de la mujer.				
35	El hombre debe tener siempre la última palabra.				
36	Una buena mujer no cuestiona nunca la opinión de su pareja.				
37	El hombre debe responsabilizarse de los gastos de la familia.				
38	Los hombres necesitan tener más sexo que las mujeres.				
39	Es peor para una mujer tener relaciones sexuales con muchos hombres que para un hombre				

	tener relaciones con muchas mujeres.				
		Totalmente de acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
40	La mujer no debe ser quien inicie la relación sexual.				
41	¿Tienes relaciones sexuales sin protección, porque tu pareja prefiere no usarla?				
42	¿Te aseguras de comprar preservativos?				
43	¿Te sientes seguro/a y en control durante las relaciones sexuales?				
44	¿Usas algún método anticonceptivo para prevenir infecciones de transmisión sexual?				
45	¿Usas algún método anticonceptivo para evitar un embarazo?				

Apéndice C

Escala de Conducta Sexual (Mujeres)

(Jemmott, Jemmott & Fong, 1992; Villarruel, et al., 2004)

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan de diferentes comportamientos sexuales que, puedes o no, haber tenido. Siempre hay una respuesta que te permite dejarnos saber si has hecho ciertas cosas; y cuándo sí o no las has hecho. Por favor, sé honesta. Si nunca has tenido relaciones sexuales, por favor, ENCIERRA EN UN CÍRCULO el "0".

1. ¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida? (El pene dentro de la vagina)

0. No

1. Sí

2. ¿Qué edad tenías cuando tuviste relaciones sexuales por primera vez?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales

1. _____ años

3. ¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, te forzó tu pareja en contra de tu voluntad?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No

2. Sí

4. ¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, usaste un método anticonceptivo?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No

2. Sí

5. ¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, usaste un condón?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No

2. Sí

Las siguientes preguntas son acerca la última vez que tuviste relaciones sexuales. Si nunca has tenido relaciones sexuales, por favor, ENCIERRA EN UN CÍRCULO el "0".

6. ¿La última vez que tuvieron relaciones sexuales, usaron tú o tu pareja un método anticonceptivo?
- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
 - 1. No
 - 2. Sí
7. ¿La última vez que tuvieron relaciones sexuales, usaron tú y tu pareja un condón?
- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
 - 1. No
 - 2. Sí
8. ¿La última vez que tuviste relaciones sexuales, estabas borracha o drogada?
- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
 - 1. No
 - 2. Sí
9. ¿La última vez que tuviste relaciones sexuales, tomaste unos tragos y/o usaste drogas antes de tener relaciones sexuales?
- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
 - 1. No
 - 2. Sí
10. ¿La última vez que tuviste relaciones sexuales, cuantos años tenía tu pareja?
- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
 - 1. (Escribe) _____ años
11. ¿En los últimos 3 meses, has tenido relaciones sexuales con un muchacho?
- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
 - 1. No
 - 2. Sí

12. ¿En los últimos 3 meses, con cuánta frecuencia usaste condones cuando tuviste relaciones sexuales?

- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses
- 2. Nunca
- 3. Algunas Veces
- 4. A Menudo
- 5. Casi Siempre
- 6. Siempre

13. En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces tuviste relaciones sexuales?

- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses
- 2. _____ veces

14. Cuando tuviste relaciones sexuales durante los últimos 3 meses, ¿cuántas veces usaste un método anticonceptivo?

- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses
- 2. _____ veces

15. Cuando tuviste relaciones sexuales durante los últimos 3 meses, ¿cuántas veces usaste un condón?

- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses
- 2. _____ veces

16. ¿En los últimos 3 meses, con cuántos muchachos tuviste relaciones sexuales?

- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses
- 2. _____ muchachos

17. ¿En los últimos 3 meses, en cuántos días has tenido relaciones sexuales?

- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses
- 2. _____ días

18. Cuando tuviste relaciones sexuales durante los últimos 3 meses, ¿cuántas veces usaste un método anticonceptivo?

- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses
- 2. _____ veces

19. En los últimos 3 meses, ¿en cuántos días tuviste relaciones sexuales sin usar condón?

- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. No he tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses
- 2. _____ días

20. En los últimos 3 meses, ¿en cuántos días estabas borracha o drogada y después tuviste relaciones sexuales?

- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. No he tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses en que estuve borracha o drogada.
- 2. _____ días

21. En los últimos 3 meses, ¿cuántos días tuviste relaciones sexuales sin usar un condón estando borracha o drogada?

- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. No he tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses en que estuve borracha o drogada, sin usar un condón
- 2. _____ días

22. ¿Alguna vez en la vida has tenido sexo anal con un muchacho (su pene dentro de tu ano)?

0. No

1. Sí

23. ¿La primera vez que tuviste sexo anal con un muchacho, él te forzó para que lo hicieras?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales anales.

1. No

2. Sí

24. ¿En los últimos 3 meses, tuviste sexo anal?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales anales.

1. No

2. Sí

25. ¿La última vez que tuviste sexo anal, usaste un condón?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales anales.

1. No

2. Sí

26. ¿Alguna vez en la vida le has dado sexo oral a un muchacho? (tu boca en su pene)

0. Yo nunca le ha dado sexo oral a un muchacho.

1. No

2. Sí

27. ¿La primera vez que le diste sexo oral a un muchacho, él te forzó a que lo hicieras?

0. Yo nunca le ha dado sexo a un muchacho.

1. No

2. Sí

28. En los últimos 3 meses, ¿has tenido sexo oral con un muchacho?
- 0. Yo nunca he tenido sexo oral con un muchacho.
 - 1. No
 - 2. Sí
29. ¿Alguna vez en la vida te ha dado un muchacho sexo oral (su boca en tu vagina)?
- 0. Un muchacho nunca me ha dado sexo oral.
 - 1. No
 - 2. Sí
30. ¿La primera vez que un muchacho te dio sexo oral, él te forzó a que lo hicieras?
- 0. Un muchacho nunca me ha dado sexo oral.
 - 1. No
 - 2. Sí
31. ¿En los últimos tres meses, te ha hecho/dado un muchacho sexo oral?
- 0. Un muchacho nunca me ha dado sexo oral.
 - 1. No
 - 2. Sí
32. ¿Con quién has tenido relaciones sexuales (anal, oral o vaginal)?
- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales
 - 1. Con muchachas solamente
 - 2. Con muchachos solamente
 - 3. Con ambos, muchachas y muchachos
33. ¿Has tenido alguna vez en la vida una Infección de Transmisión Sexual (ITS)?
- 0. No
 - 1. Sí
34. Si encerraste en un círculo Sí, ¿cuál fue la ITS que tuviste?
-

Por favor, contesta las siguientes preguntas sobre el embarazo:

35. ¿Cuántas veces has estado embarazada?

- 0. Nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. Nunca he estado embarazada.
- 2. He estado embarazada _____ veces

36. ¿Cuántos niños vivos tienes?

- 0. Nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. No tengo niños vivos.
- 2. Tengo _____ niños.

37. ¿Has tratado de embarazarte en los últimos 3 meses?

- 0. No
- 1. Sí

38. ¿Tienes planes de embarazarte en los próximos 3 meses?

- 0. No
- 1. Sí

Apéndice D

Escala de Conducta Sexual (Hombres)

(Jemmott, Jemmott & Fong, 1992; Villarruel, et al., 2004)

Instrucciones: Las siguientes preguntas tratan de diferentes comportamientos sexuales que puedes o no haber tenido. Siempre hay una respuesta que te permite dejarnos saber si has hecho ciertas cosas; y cuándo sí o no las has hecho. Por favor, se honesto. Si nunca has tenido relaciones sexuales, por favor, ENCIERRA EN UN CÍRCULO el "0".

1. ¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida? (el pene dentro de la vagina de una muchacha)

0. No

1. Si

2. ¿Qué edad tenías cuando tuviste relaciones sexuales por primera vez?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. _____ años

3. ¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, te forzó tu pareja en contra de tu voluntad?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No

2. Sí

4. ¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, usaste un método anticonceptivo?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No

2. Sí

5. ¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, usaste un condón?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.

1. No

2. Sí

Las siguientes preguntas son acerca la última vez que tuviste relaciones sexuales. Si nunca has tenido relaciones sexuales, por favor, ENCIERRA EN UN CÍRCULO el "0".

6. ¿La última vez que tuvieron relaciones sexuales, usaron tú o tu pareja un método anticonceptivo?
- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
 - 1. No
 - 2. Sí
7. ¿La última vez que tuvieron relaciones sexuales, usaron tú y tu pareja un condón?
- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
 - 1. No
 - 2. Sí
8. ¿La última vez que tuviste relaciones sexuales, estabas borracho o drogado?
- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
 - 1. No
 - 2. Sí
9. ¿La última vez que tuviste relaciones sexuales, tomaste unos tragos y/o usaste drogas antes de tener relaciones sexuales?
- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
 - 1. No
 - 2. Sí
10. ¿La última vez que tuviste relaciones sexuales, cuantos años tenía tu pareja?
- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
 - 1. (Escribe) _____ años
11. ¿En los últimos 3 meses, has tenido relaciones sexuales con una muchacha?
- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
 - 1. No
 - 2. Sí

12. ¿En los últimos 3 meses, con cuanta frecuencia usaste condones cuando tuviste relaciones sexuales?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses
2. Nunca
3. Algunas Veces
4. A Menudo
5. Casi Siempre
6. Siempre

13. En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces tuviste relaciones sexuales?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses
2. _____ veces

14. Cuando tuviste relaciones sexuales durante los últimos 3 meses, ¿cuántas veces usaste un método anticonceptivo?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses
2. _____ veces

15. Cuando tuviste relaciones sexuales durante los últimos 3 meses, ¿cuántas veces usaste un condón?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses
2. _____ veces

16. En los últimos 3 meses, ¿con cuántas muchachas tuviste relaciones sexuales?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses
2. _____ muchachas

17. ¿En los últimos 3 meses, en cuántos días has tenido relaciones sexuales?

- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses
- 2. _____ días

18. ¿Cuándo tuviste relaciones sexuales durante los últimos 3 meses, cuántas veces usaste un método anticonceptivo?

- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. Yo no tuve relaciones sexuales en los últimos 3 meses
- 2. _____ veces

19. ¿En los últimos 3 meses, en cuántos días tuviste relaciones sexuales sin usar condón?

- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. No he tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses
- 2. _____ días

20. ¿En los últimos 3 meses, en cuántos días estabas borracho o drogado y después tuviste relaciones sexuales?

- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. No he tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses en que estuve borracho o drogado.
- 2. _____ días

21. ¿En los últimos 3 meses, cuántos días tuviste relaciones sexuales sin usar un condón estando borracho o drogado?

- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. No he tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses en que estuve borracho o drogado, sin usar un condón
- 2. _____ días

22. ¿Alguna vez en la vida has tenido sexo anal con una muchacha (tu pene dentro de su ano)?

0. No

1. Sí

23. ¿La primera vez que tuviste sexo anal con una muchacha, ella te forzó para que lo hicieras?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales anales.

1. No

2. Sí

24. ¿En los últimos 3 meses, tuviste sexo anal?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales anales.

1. No

2. Sí

25. ¿La última vez que tuviste sexo anal, usaste un condón?

0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales anales.

1. No

2. Sí

26. ¿Alguna vez en la vida le has dado sexo oral a una muchacha (tu boca en su vagina)

0. Yo nunca le ha dado sexo a una muchacha.

1. No

2. Sí

27. ¿La primera vez que le diste sexo oral a una muchacha, ella te forzó a que lo hicieras?

0. Yo nunca le ha dado sexo a una muchacha.

1. No

2. Sí

28. ¿En los últimos 3 meses, has tenido sexo oral con una muchacha?
- 0. Yo nunca he tenido sexo oral con una muchacha.
 - 1. No
 - 2. Sí
29. ¿Alguna vez en la vida te ha dado una muchacha sexo oral (su boca en tu pene)?
- 0. Una muchacha nunca me ha dado sexo oral.
 - 1. No
 - 2. Sí
30. ¿La primera vez que una muchacha te dio sexo oral, ella te forzó a que lo hicieras?
- 0. Una muchacha nunca me ha dado sexo oral.
 - 1. No
 - 2. Sí
31. ¿En los últimos tres meses, te ha hecho/dado una muchacha sexo oral?
- 0. Una muchacha nunca me ha dado sexo oral.
 - 1. No
 - 2. Sí
32. ¿Con quién has tenido relaciones sexuales (anal, oral o vaginal)?
- 0. Yo nunca he tenido relaciones sexuales
 - 1. Con muchachas solamente
 - 2. Con muchachos solamente
 - 3. Con ambos, muchachas y muchachos
33. ¿Has tenido alguna vez en la vida una Infección de Transmisión Sexual (ITS)?
- 0. No
 - 1. Sí
34. Si encerraste en un círculo Sí, ¿cuál fue la ITS que tuviste?
-

Por favor, contesta las siguientes preguntas sobre el embarazo:

35. ¿Cuántas veces has dejado a una muchacha embarazada?

- 0. Nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. Nunca he dejado embarazada a una muchacha.
- 2. He dejado a una muchacha embarazada _____ veces

36. ¿Cuántos niños vivos tienes?

- 0. Nunca he tenido relaciones sexuales.
- 1. No tengo niños vivos.
- 2. Tengo _____ niños.

37. ¿Has tratado de dejar embarazada a una muchacha en los últimos 3 meses?

- 0. No
- 1. Sí

38. ¿Tienes planes de dejar a una muchacha embarazada en los próximos 3 meses?

- 0. No
- 1. Sí

Apéndice E

Consentimiento Informado para padre o tutor del adolescente



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRE O TUTOR
DEL ADOLESCENTE**

Título: Empoderamiento en las Conductas Sexuales de los adolescentes

Autor: L.E. Amayrani Juarez Perez

Director de tesis/ Asesora: Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez

Estimado padre o tutor

Actualmente se está realizando una investigación con el propósito de determinar la influencia del empoderamiento en las conductas sexuales de los y las adolescentes de 15 a 19 años. Dado que este estudio incluye a menores de 18 años, le invitamos a autorizar la participación de su hijo (a) adolescente. En este estudio, la participación es voluntaria y podrá retirarse el adolescente en el momento que desee sin ninguna represalia. Si Usted autoriza la participación de su hijo (a), se le pedirá que firme este consentimiento informado.

Para la investigadora, es muy importante la participación del adolescente ya que nos permitirá conocer y comprender el tema del estudio, esta información podría ser de utilidad para generar programas que ayuden a prevenir embarazos no planeados, así como el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual en adolescentes.

Procedimiento

La participación del adolescente constará en contestar una cédula de datos y dos cuestionarios que identificarán el nivel de empoderamiento del adolescente y sus conductas sexuales (si procede), en el aula que asignen las autoridades escolares.

Riesgos

Entiendo que no existen riesgos relacionados a la participación del adolescente en este estudio, no obstante, los cuestionarios que se aplicarán tocan temas íntimos que pueden causar incomodidad. En cualquier momento puede parar de contestar y continuar en otro momento, si así lo desea, dentro de las mismas instalaciones de la escuela.

Beneficios

Se me ha informado que este estudio se realiza para obtención del grado de Maestría en Ciencias en Enfermería por parte de la Licenciada Amayrani Juarez Perez, estudiante de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Confidencialidad

Toda la información que se proporcione será operada de forma estrictamente confidencial, ya que no se identificarán datos personales en los cuestionarios. Asimismo, solo el investigador principal tendrá acceso a esta información. Una vez finalizado el estudio, los datos serán resguardados por doce meses y después serán destruidos. Este estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación de la Facultad de enfermería, UANL con el registro No. 19-CEI-004-20180614, en caso de alguna duda con mi participación como investigadora podrá comunicarse a la Secretaría de Investigación de la Facultad de Enfermería al teléfono 8348 89 43 o dirigirme a Avenida Gonzalitos 1500 Norte. Colonia. Mitras Centro. C.P. 64460 Monterrey, Nuevo León, México. Si autoriza la participación del adolescente en el estudio, marque en el recuadro donde dice “sí autorizo” y por favor firme este consentimiento, si no autoriza por favor entregue este documento al encuestador.

Sí autorizo que el adolescente participe en la investigación

Fecha _____, _____, _____
Día Mes Año

Firma _____

Testigo 1 _____
Nombre y Firma

Testigo 2 _____
Nombre y Firma

Persona que obtiene Consentimiento _____
Nombre y Firma

Apéndice F

Carta de Asentimiento para adolescentes



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARTA DE ASENTIMIENTO PARA ADOLESCENTES**

Título: Empoderamiento en las Conductas Sexuales de los Adolescentes

Autor: L.E. Amayrani Juárez Pérez

Director de tesis/ Asesora: Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez

Actualmente se está realizando una investigación con el propósito de determinar la influencia del empoderamiento en las conductas sexuales de los y las adolescentes de 15 a 19 años, por lo que su edad coincide con las personas que se buscan para este estudio.

Se le invita a participar de forma voluntaria. Aun cuando alguno de sus padres o su tutor haya autorizado su participación, si usted no quiere hacerlo puede decir que no. Es su decisión el participar, o no, en el estudio. Asimismo, es importante que sepa que, de aceptar participar, si en algún momento del estudio ya no desea continuar, no habrá ningún problema, o si prefiere no contestar alguna pregunta en particular, tampoco habrá represalias, será su decisión el continuar o no en el estudio.

Su participación en este estudio consistirá en:

- Responder algunas preguntas de una cédula de datos y dos cuestionarios a lápiz y papel, con una duración aproximada de 40 minutos.

Toda la información que proporcione ayudará a crear programas para prevenir nuevos embarazos no planeados, así como el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual en adolescentes como usted.

Riesgos

Entiendo que no existen riesgos relacionados con mi participación en este estudio, no obstante, los cuestionarios que se harán tocan temas íntimos que pueden causar incomodidad. En cualquier momento puedo parar la entrevista y continuarla en otro momento si así lo deseo, en mi centro educativo.

Beneficios

Se me ha informado que este estudio se realiza para la obtención del grado de Maestría en Ciencias en Enfermería por parte de la Licenciada Amayrani Juarez Perez, alumna de la Facultad de Enfermería (Universidad Autónoma de Nuevo León).

Confidencialidad

Toda la información que nos proporcione será operada de forma estrictamente confidencial, ya que no se identificarán datos personales en los cuestionarios. Para garantizar la confidencialidad, solo el investigador principal tendrá acceso a esta información.

Una vez finalizado el estudio los datos serán resguardados por doce meses y después serán destruidos. Este estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación de la Facultad de enfermería, UANL con el registro No. 19-CEI-004-20180614, en caso de alguna duda con mi participación como investigadora podrá comunicarse a la Secretaría de Investigación de la Facultad de Enfermería al teléfono 8348 89 43 o dirigirte a la Avenida Gonzalitos 1500 Norte. Colonia. Mitras Centro. C.P. 64460 Monterrey, Nuevo León, México.

Si desea participar, por favor marque con una (X) en el recuadro donde dice “Sí acepto participar” y firme, si no autoriza su participación, entregue este documento al encuestador.

Sí acepto participar

Fecha _____, _____, _____
Día Mes Año

Firma _____

Testigo 1 _____
Nombre y Firma

Testigo 2 _____
Nombre y Firma

Persona que obtiene Asentimiento _____
Nombre y Firma

Apéndice G

Consentimiento Informado para el adolescente



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ADOLESCENTE**

Título: Empoderamiento en las Conductas Sexuales de los Adolescentes

Autor: L.E. Amayrani Juarez Perez

Director de tesis/ Asesora: Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez

Estimado, participante

Actualmente se está realizando una investigación con el propósito de determinar la influencia del empoderamiento en las conductas sexuales de los y las adolescentes de 15 a 19 años. Dado que entra en el grupo de edad de la investigación, le invitamos a participar en este. Su participación es voluntaria y podrá retirarse en el momento que desee, sin ninguna represalia.

Para la investigadora es muy importante su participación, ya que permitirá conocer y comprender el tema del estudio, además, esta información podrá ser de utilidad para generar programas que ayuden a prevenir embarazos no planeados, así como el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual en adolescentes.

Procedimiento

Mi participación constará en contestar una cédula de datos y dos cuestionarios que identificarán su nivel de empoderamiento, así como mis conductas sexuales (si procede), en el aula que le asignen a la investigadora las autoridades escolares.

Riesgos

Entiendo que no existen riesgos relacionados a mi participación en este estudio, no obstante, los cuestionarios que se aplicarán tocan temas íntimos que me pueden causar incomodidad. En cualquier momento puedo parar de contestar y continuar en otro momento, si así lo deseo, dentro de las mismas instalaciones de la escuela.

Beneficios

Se me ha informado que este estudio se realiza para obtención del grado de Maestría en Ciencias en Enfermería por parte de la Licenciada Amayrani Juarez Perez, estudiante de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Confidencialidad

Toda la información que proporcione será operada de forma estrictamente confidencial, ya que no se identificarán datos personales en los cuestionarios. Asimismo, solo el investigador principal tendrá acceso a esta información. Una vez finalizado el estudio, los datos serán resguardados por doce meses y después serán destruidos. Este estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación de la Facultad de enfermería, UANL con el registro No. 19-CEI-004-20180614, en caso de alguna duda con mi participación como investigadora, podrá comunicarse a la Secretaría de Investigación de la Facultad de Enfermería al teléfono 8348 89 43 o dirigirme a Avenida Gonzalitos 1500 Norte. Colonia. Mitras Centro. C.P. 64460 Monterrey, Nuevo León, México.

Si autoriza la participación del adolescente en el estudio, marque en el recuadro donde dice “sí autorizo” y por favor firme este consentimiento, si no autoriza, por favor entregue este documento al encuestador.

Sí autorizo participar en la investigación

Fecha _____, _____, _____
Día Mes Año

Firma _____

Testigo 1 _____
Nombre y Firma

Testigo 2 _____
Nombre y Firma

Persona que obtiene Consentimiento _____
Nombre y Firma

Apéndice H

Infografía sobre Diferencias entre Salud Sexual y Salud Reproductiva (CONAPO, 2022)

Diferencias

entre
Salud Sexual y Salud Reproductiva



La salud sexual y la salud reproductiva son derechos humanos relacionados con el libre ejercicio de la sexualidad, el placer físico y emocional, la libre orientación sexual, la elección del número de hijas e hijos, la protección y cuidados obstétricos, entre otros aspectos.

 <h2 style="margin: 0;">Salud Sexual</h2>	 <h2 style="margin: 0;">Salud Reproductiva</h2>
<p>La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “el estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad”.</p>	<p>El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) la define como “el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo”.</p>
<p>La salud sexual está relacionada con el ejercicio del derecho a:</p>	<p>La salud reproductiva está relacionada con el ejercicio del derecho a:</p>
 <p>Decidir libre y responsablemente sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad como la orientación sexual e identidad de género.</p>	 <p>Tener información, educación y medios para decidir libre y responsablemente sobre el número y espaciamiento de hijas e hijos.</p>
 <p>Ejercer una sexualidad placentera y segura, libre de toda presión, discriminación y violencia.</p>	 <p>Elegir el método anticonceptivo que se adapte a las necesidades de cada persona.</p>
 <p>Al acceso a información actualizada, veraz, completa, científica y laica sobre sexualidad.</p>	 <p>Acceder a servicios de salud apropiados que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y libres de violencia obstétrica.</p>
<p>La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad, como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, sin coerción, discriminación ni violencia.</p>	<p>Las decisiones relacionadas con la salud reproductiva son determinantes para la vida presente y futura, por lo que se deben tomar de manera libre, informada y en un contexto de apoyo y seguridad jurídica y de salud.</p>

Fuentes de consulta:

- CPCDS. (2016). *Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes* [2da ed.] Actualización jurídica 2020. <https://www.gob.mx/conapo/documentos/cartilla-de-los-derechos-sexuales-de-adolescentes-y-jovenes>
- Mazarrasa, L. y Gil, S. (s/f). Módulo 12: *Salud Sexual y Reproductiva*. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/fequidad/13modulo_12.pdf
- Oizerovich, S. y Perrotta, G. (2017). *Salud sexual y salud reproductiva*. Organización Panamericana de la Salud <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/103>
- OMS. (s/f). *Salud sexual: Temas de salud*. https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1
- OPS. (1998). *La salud reproductiva: parte integrante del desarrollo humano*. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 4(3), 211-217. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/1998.v4n3/211-217/es>



GOBERNACIÓN
SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN



CONAPO
CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN

Resumen Autobiográfico

L.E. Amayrani Juárez Pérez

Candidata a obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Biografía: Nacida el 29 de agosto de 1997 en Huejotzingo, Puebla. Hija de Francisco Juárez Ramírez y Diana Pérez Juárez.

Educación: Egresada de la Licenciatura en Enfermería por la Universidad de las Américas Puebla (UDLAP) en el año 2020.

Experiencia Profesional: Servicio Social de Licenciatura en Enfermería, en el Hospital General Zona Norte del Estado de Puebla, durante el periodo 2019- 2020.

Enfermera industrial en la empresa Schnellecke Logistics en Puebla, en el año 2021.

Estancia de Investigación en la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), junio 2022.

Distinciones: *Magna Cum Laude* por la Universidad de las Américas Puebla (UDLAP) por haber obtenido el primer lugar de aprovechamiento académico de la generación 2015-2020 de la Licenciatura en Enfermería. Miembro de Sigma Theta Tau International, Capítulo Tau Alpha, del año 2021 a la fecha. Becaria del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la UANL (2021- 2023).

Ponencias: Ponente en Congresos Nacionales e Internacionales, como el XVII Congreso Nacional sobre Empoderamiento Femenino de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH) y el Séptimo Congreso Internacional de Cuerpos Académicos de Enfermería y Grupos de Investigación Multidisciplinaria de la Universidad Autónoma de Estado de México.

e-mail: amayrani.juarezpz@gmail.com