

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



EFFECTO DE LAS ACTITUDES EN LA RELACIÓN ENTRE LA IDENTIDAD  
ÉTNICA Y LA CONDUCTA ANTICONCEPTIVA EN ADOLESCENTES  
INDÍGENAS

Por

LIC. ALAN JOSUÉ RAMÍREZ CALDERÓN

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



EFFECTO DE LAS ACTITUDES EN LA RELACIÓN ENTRE LA IDENTIDAD  
ÉTNICA Y LA CONDUCTA ANTICONCEPTIVA EN ADOLESCENTES  
INDÍGENAS

Por

LIC. ALAN JOSUÉ RAMÍREZ CALDERÓN

Director de Tesis

RAQUEL ALICIA BENAVIDES TORRES, PhD.

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



EFFECTO DE LAS ACTITUDES EN LA RELACIÓN ENTRE LA IDENTIDAD  
ÉTNICA Y LA CONDUCTA ANTICONCEPTIVA EN ADOLESCENTES  
INDÍGENAS

Por

LIC. ALAN JOSUÉ RAMÍREZ CALDERÓN

Co-director de Tesis

DR. JOSÉ LUIS JASSO MEDRANO

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



EFFECTO DE LAS ACTITUDES EN LA RELACIÓN ENTRE LA IDENTIDAD  
ÉTNICA Y LA CONDUCTA ANTICONCEPTIVA EN ADOLESCENTES  
INDÍGENAS

Por

LIC. ALAN JOSUÉ RAMÍREZ CALDERÓN

Asesor Estadístico

DR. JOSÉ LUIS JASSO MEDRANO

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

AGOSTO, 2023

EFFECTO DE LAS ACTITUDES EN LA RELACIÓN ENTRE LA IDENTIDAD  
ÉTNICA Y LA CONDUCTA ANTICONCEPTIVA EN ADOLESCENTES  
INDÍGENAS

Aprobación de Tesis

---

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.

Director de Tesis

---

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.

Presidente

---

Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez

Secretario

---

Dra. María Aracely Márquez Vega

Vocal

---

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirectora de Posgrado e Investigación

## **Agradecimientos**

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) por el apoyo otorgado para la realización de la Maestría en Ciencias de Enfermería.

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, subdirectora de Posgrado e Investigación por la oportunidad y las facilidades brindadas durante mis estudios de posgrado.

A mi directora de tesis Raquel Alicia Benavides Torres PhD, por compartir sus conocimientos y experiencias en investigación, por ser una figura ejemplar a seguir y ante todo por su tiempo y paciencia.

A mi co-director de tesis Dr. José Luis Jasso Medrano por sus conocimientos, apoyo y guía para lograr la culminación de este proyecto.

A mi jurado de tesis, la Dra. María Aracely Márquez Vega por compartir sus conocimientos y aportaciones para consolidar este trabajo y a la Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez por sus aportaciones para la mejora de este proyecto.

A la Dra. María de los Ángeles Meneses Tirado y al Dr. Francisco Javier Báez Hernández por aceptarme en la estancia de investigación y por sus aportaciones en la mejora de este proyecto.

A todos mis maestros del Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería por compartir sus conocimientos y guiarme durante mi formación académica.

A los directivos y docentes de las instituciones educativas del estado de Oaxaca por el apoyo y facilidades brindadas para la colecta de los datos.

A los L.E. Josaphat Arellano, Carlos Gómez, Victoria Reyna y Erika Balleza pasantes del Cuerpo Académico de Respuestas Humanas a la Salud y la Enfermedad por su invaluable apoyo durante la colecta en Monterrey y captura de los datos.

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

## **Dedicatoria**

A Dios por permitirme vivir este sueño y sobre todo por ser un padre y proveedor en todo momento.

A mi mamá Claudia Maritza Ramírez Calderón, por enseñarme que la educación y el conocimiento son un tesoro invaluable, a mi abuela Romelia Fortina Ramírez Calderón, por inculcarme disciplina, iniciativa, autonomía y aquellas fuerzas para sobresalir.

A mi hermano Emanuel de Jesús Ramírez Calderón por su cariño y apoyo brindado durante este proceso.

A mis tíos Raquel López Ramírez y Elías López Ramírez por su invaluable apoyo y motivación para seguir adelante con mis estudios. Y en especial a mi tío Diógenes Primitivo Ramírez † por sus consejos y lecciones de vida que me dejó, sé que estaría orgulloso de mí por culminar esta etapa académica.

A mi estimada Edel Martínez Santiago por su apoyo incondicional, cariño y darme ánimos durante todo este proceso a pesar de la distancia.

A mis maestros de licenciatura, M.E. Erika Marcela Gil Londoño, M.E. Lourdes Alejandra Vergara Hernández y Dr. Geú Salomé Mendoza Catalán por ser pilares importantes en mi formación académica y mostrarme el camino hacia la investigación.

Al Sr. Alejandrino Sánchez y familia, Sr. Eduardo Bernal y familia y al Sr. Moisés Treviño y familia por aquella calidad humana que los caracteriza.

A mis compañeros por el apoyo y momentos compartidos en grupo durante cada una de las clases.

*La educación es el pasaporte hacia el futuro, el mañana pertenece a aquellos que se preparan para él en el día de hoy.*

Malcolm X

## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Conceptual	8
Estudios Relacionados	16
Objetivo General	22
Definición de Términos	22
Capítulo II	
Metodología	24
Diseño del Estudio	24
Población, Muestreo y Muestra	24
Criterios de Inclusión	24
Criterios de Exclusión	25
Criterios de Eliminación	25
Instrumentos de Medición	25
Procedimiento de Recolección de Datos	27
Consideraciones Éticas	28
Estrategia de Análisis de Datos	30
Capítulo III	
Resultados	32
Estadística Descriptiva	32
Confiabilidad de los Instrumentos	35
Descripción de las Variables del Estudio	35
Análisis Inferencial	36
Prueba de Normalidad	36



## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Diferencias de las Variables del Estudio de Acuerdo al Sexo	37
Correlación de Spearman de las Variables del Estudio	39
Modelo de Mediación Simple de las Variables del Estudio	40
Capítulo IV	
Discusión	54
Limitaciones	59
Conclusiones	60
Recomendaciones	61
Referencias	63
Apéndices	72
A. Preguntas Filtro	73
B. Cédula de Datos Personales	74
C. Escala de Identidad Étnica	76
D. Escala de Actitud Anticonceptiva	77
E. Escala de Conducta Anticonceptiva	79
F. Consentimiento Informado para Mayores de Edad	80
G. Consentimiento Informado (padres o tutores)	82
H. Asentimiento Informado	84

## Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Frecuencias de los datos de identificación general	32
2. Etnia de los participantes	33
3. Anticonceptivos más utilizados en el inicio de la vida sexual	34
4. Confiabilidad de los instrumentos	35
5. Descripción de las variables del estudio	36
6. Prueba de normalidad	37
7. Diferencias de las variables del estudio de acuerdo al sexo	38
8. Uso actual de métodos anticonceptivos de acuerdo al sexo	39
9. Correlación de Spearman de las variables del estudio	40
10. Efecto directo sobre la conducta anticonceptiva	42
11. Efecto total e indirecto sobre la conducta anticonceptiva	42
12. Edad, sexo, identidad étnica y actitudes hacia el uso de anticonceptivos sobre la conducta anticonceptiva (modelo inicial)	43
13. Sexo, identidad étnica y actitudes hacia el uso de anticonceptivos sobre el uso actual de métodos anticonceptivos (modelo inicial)	44
14. Sexo, identidad étnica y actitudes hacia el uso de anticonceptivos sobre el uso actual de métodos anticonceptivos (modelo final-backward)	46
15. Sexo, identidad étnica y actitudes positivas y negativas hacia el uso de anticonceptivos sobre la conducta anticonceptiva (modelo inicial)	47
16. Sexo, identidad étnica y actitudes positivas y negativas hacia el uso de anticonceptivos sobre el uso actual de métodos anticonceptivos (modelo inicial)	48
17. Sexo, identidad étnica y actitudes positivas y negativas hacia el uso de anticonceptivos sobre el uso actual de métodos anticonceptivos (modelo final-backward)	49

## Lista de Tablas

Tabla	Página
18. Sexo, identidad étnica y actitudes hacia el uso de anticonceptivos sobre UMPF (modelo inicial)	50
19. Sexo, identidad étnica y actitudes positivas y negativas hacia el uso de anticonceptivos sobre UMPF (modelo inicial)	51
20. Sexo, identidad étnica y actitudes hacia el uso de anticonceptivos sobre prevención proactiva (modelo inicial)	52
21. Sexo, identidad étnica y actitudes positivas y negativas hacia el uso de anticonceptivos sobre la prevención proactiva (modelo inicial)	53

## Lista de Figuras

Figura	Página
1. Representación Gráfica del MOCSSAN	10
2. Conceptos Extraídos del MOCSSAN	12
3. Estructura Conceptual-Teórico-Empírica	15
4. Modelo de mediación de las variables del estudio	41

## Resumen

Alan Josué Ramírez Calderón  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto, 2023

**Título del estudio:** EFECTO DE LAS ACTITUDES EN LA RELACIÓN ENTRE LA IDENTIDAD ÉTNICA Y LA CONDUCTA ANTICONCEPTIVA EN ADOLESCENTES INDÍGENAS

**Número de páginas:** 85

Candidato para obtener el grado de  
Maestría en Ciencias de Enfermería

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

**Objetivo y Método del Estudio:** Analizar el efecto del sexo, identidad étnica y actitudes hacia el uso de anticonceptivos en la conducta anticonceptiva en adolescentes Indígenas. Se realizó un estudio correlacional predictivo en 240 adolescentes indígenas de ambos sexos del estado de Oaxaca, Guerrero y zona metropolitana de Monterrey. El tamaño de la muestra fue calculado con el software estadístico G\*Power 3.1.9.7 para un modelo de regresión lineal múltiple a priori con tamaño de efecto entre pequeño y mediano de .055, con poder del 95%, para cuatro variables independientes y un nivel de significancia de  $p < .05$ . Se consideraron a todos los participantes que cumplieran con los criterios de elegibilidad. Para medir las variables del estudio se empleó una cédula de datos personales, escala de identidad étnica, escala de actitud anticonceptiva, escala de conducta anticonceptiva y el ítem uso actual de métodos anticonceptivos. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial, así como, regresión lineal múltiple, regresión logística y análisis de mediación simple.

**Contribución y Conclusiones:** El 57.10% fueron del sexo masculino, 50.80% hablaban el Mixteco; la media de edad fue de  $M=15.52$  ( $DE=1.50$ ) y la de edad del inicio de la vida sexual fue de  $M=14.28$  ( $DE=1.53$ ) siendo el condón masculino el método más utilizado (55.80%). La identidad étnica tuvo efecto sobre la conducta anticonceptiva ( $\beta=.36$ ,  $t=6.10$ ,  $p<.001$ ). El sexo masculino ( $\beta=.85$ ,  $OR=2.35$ ,  $p<.05$ ) y las actitudes hacia el uso de anticonceptivos ( $\beta=.92$ ,  $OR=2.52$ ,  $p<.001$ ) tuvieron efecto en el uso actual de métodos anticonceptivos. El sexo masculino ( $\beta=.86$ ,  $OR=2.37$ ,  $p<.05$ ), las actitudes positivas ( $\beta=.52$ ,  $OR=1.69$ ,  $p<.05$ ) y las actitudes negativas ( $\beta=.56$ ,  $OR=1.75$ ,  $p<.05$ ) tuvieron efecto en uso actual de métodos anticonceptivos. La identidad étnica resultó ser una variable predictora para la conducta anticonceptiva ( $R^2=13.2$ ). El sexo masculino y las actitudes hacia el uso de anticonceptivos tuvieron efecto predictivo en el uso actual de métodos anticonceptivos ( $R^2=9.6$ ). El sexo masculino y las actitudes positivas y negativas hacia el uso de anticonceptivos tuvieron efecto predictivo en el uso actual de métodos anticonceptivos ( $R^2=9.6$ ). Se recomienda realizar intervenciones educativas con la finalidad de prevenir los embarazos no planeados en adolescentes indígenas.

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

## **Capítulo I**

### **Introducción**

Los embarazos no planeados y a temprana edad son un problema relacionado con la reproducción humana, debido a que traen consigo efectos negativos a la salud, educación y a la economía de jóvenes y adolescentes. Los embarazos no planeados son aquellos que se producen en un momento desfavorable, inoportuno, que se dan en personas que ya no desean reproducirse o que se originan sin la protección anticonceptiva, planificación y consentimiento previos (Maque-Ponce et al., 2018; Langer, 2002; Vega-Recio, 2019). Estos embarazos frecuentemente tienden a presentarse cuando no se utilizan de manera consistente y correcta los anticonceptivos (De la Vara-Salazar et al., 2020).

A nivel mundial durante el periodo de 2015 a 2019 ocurrieron aproximadamente 121 millones de embarazos no planeados cada año, lo que corresponde a una tasa global de 64 embarazos no planeados por cada 1000 mujeres entre 15 a 49 años de edad, de los cuales el 61% culminaron en aborto, esto quiere decir que se originaron 73.3 millones de abortos por año (Bearak et al., 2020). En la región de América Latina y el Caribe la tasa de embarazos no planeados es la segunda más alta a nivel mundial, con estimaciones de 66.5 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 a 19 años de edad (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2018). En México la proporción de embarazos no planeados aumentó de 33.4% en el 2009 a 36.5% en el 2014, afectando principalmente a los grupos de edades más jóvenes y en el caso de las adolescentes entre 15 a 19 años de edad, aumentó de 40.4% a 48.5% respectivamente (Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2018). Este problema de salud pública afecta especialmente a países de ingresos bajos (Bearak et al., 2018; Sedgh et al., 2014;).

El embarazo en la adolescencia es complejo, debido a que en esta etapa existe una marcada transición de la infancia a la adultez, en ella se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales. La adolescencia se clasifica de los 10 a

14 años como adolescencia temprana y entre los 15 a 19 años de edad como adolescencia tardía. Esta etapa se caracteriza por múltiples cambios que suelen asociarse con el miedo, problemas y prejuicios (Borrás-Santisteban, 2014). La adolescencia es acompañada por variaciones, haciéndola un proceso vulnerable para el ser humano.

Los adolescentes frecuentemente toman decisiones en búsqueda de su independencia, lo que se asocia en ocasiones con consecuencias económicas, sociales y de salud. Por ello es frecuente que realicen conductas sexuales de alto riesgo como es el sexo sin protección y/o sexo bajo los efectos del alcohol y otras drogas, lo que los pone en alto riesgo a embarazos no planeados y no deseados (Borrás-Santisteban, 2014; Pineda-Pérez & Aliño-Santiago, 1999).

México ocupa el primer lugar en embarazos en la adolescencia de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada 1000 adolescentes de 15 a 19 años de edad. Esto se traduce en cerca de 340 mil nacimientos en mujeres menores de 19 años que ocurren anualmente en el país. En un estudio realizado por el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES, 2021) en 5.5 millones de adolescentes de 15 a 19 años reportaron que la edad media de la primera relación sexual fue a los 17.5 años y el 33% no utilizaron ningún anticonceptivo. Asimismo, refieren que los motivos por los que no utilizan un anticonceptivo fueron que no tenían planeado tener relaciones sexuales (36.4%), desconocimiento del uso o en dónde adquirirlos (17.3%) y el deseo de embarazarse (16%).

Los embarazos en la adolescencia van en aumento ya que en el 2009, la tasa de fecundidad en niñas de 10 a 14 años fue de 1.71 nacimientos por cada mil niñas, para el 2014 pasó a 2.01 y en 2018 llegó a 2.28, lo que significa un incremento de los nacimientos en este grupo etario; en cambio, para las mujeres de 15 a 19 años, la tasa de fecundidad pasó de 69.2 hijos por cada mil mujeres en 2007 a 77.0 en el 2012, hasta llegar en 2016 a 70.6 (UNFPA, 2018; Instituto Nacional de Estadística y Geografía

[INEGI], 2019). Por otro lado, en el 2019 se registraron 2 millones de nacimientos, de los cuales 348,046 fueron de madres menores de 20 años, de estos, 339,539 fueron en adolescentes y 8,507 se originaron en niñas menores de 15 años (INMUJERES, 2021).

Una de las consecuencias de los embarazos no planeados en adolescentes es la mortalidad materna (Pelcastre-Villafuerte et al., 2020). La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las adolescentes menores de 16 años, tienen un riesgo de muerte materna cuatro veces mayor que las mujeres de 20 a 30 años y que a nivel mundial las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en las adolescentes de 15 a 19 años de edad (OMS, 2017). En México durante el 2016, de las 812 muertes maternas reportadas, el 12.8% correspondía a menores de 19 años, incluida la defunción de una niña de 10 a 14 años (Dirección General de Información en Salud [DGIS], 2016). En el 2019, se registraron 695 muertes maternas, siendo el 9.5% de menores de 20 años, entre las cuales incluyen seis casos de niñas de 10 a 14 años (INMUJERES, 2021).

Existen consecuencias socioeconómicas de un embarazo no planeado (Maque-Ponce et al., 2018). Las más comunes son la deserción escolar a nivel secundaria y primaria ya que, la condición del embarazo origina vergüenza en las niñas y se ven presionadas socialmente al abandono escolar. Estas adolescentes tienen mayores probabilidades de ser madres solteras, tener un mayor número de hijos y pocas oportunidades de alcanzar un trabajo económicamente remunerado, es decir, existe una deficiente educación que crea un bajo nivel socioeconómico (Langer, 2002; Molina-Gómez et al., 2019).

Aunado a lo anterior, los embarazos no planeados truncan los planes a futuro de los adolescentes. Ya que refieren que, al encontrarse en etapas escolares, sus expectativas son culminar la preparación académica, para posteriormente insertarse al entorno laboral e incrementar su nivel socioeconómico; dejando en último término la vida conyugal o el embarazo. Cuando se presenta un embarazo no planeado, se ven



orillados a abandonar sus estudios, casarse, realizar labores domésticas y dedicarse a la educación de un nuevo individuo, olvidando así, el plan de vida que se habían trazado (Maque-Ponce et al., 2018; Molina-Gómez et al., 2019).

Esta situación se agrava en mayor medida en las comunidades de origen étnico. De acuerdo a datos del INEGI (2020), existen cerca de 12 millones de personas que se autoidentifican como Indígenas, lo que representa un 10% de la población total, siendo el estado de Oaxaca la entidad federativa con mayor concentración (31.2%). Una etnia representativa del estado es la Mixteca (51% de la población Mixteca nacional), que es el cuarto grupo Indígena más numeroso de México (Ávila-Quiroz et al., 2019).

En este sentido, un grupo aún más vulnerable son los adolescentes de los Pueblos Indígenas, puesto que se han visto beneficiados por la modernización en el acceso a la educación, en contraste, la discriminación ha ocasionado que los adolescentes Indígenas olviden sus costumbres, idioma, cambien de indumentaria y abandonen las actividades económicas tradicionales (Ávila-Quiroz et al., 2019; Masferrer-León, 2019). Ejemplo de ello, es la percepción del noviazgo y el matrimonio, ya que, dentro del contexto cultural tradicional, las familias pactaban esta unión desde etapas tempranas. Actualmente, los adolescentes Indígenas eligen libremente a su pareja, el momento de la unión, e incluso el inicio de la vida sexual. Situación que ha favorecido a tener múltiples parejas sexuales, a la falta de uso de anticonceptivos, al aumento de embarazos no planeados, además de situaciones como el acoso y el abuso sexual (Aguirre-Pérez, 2018; Nava-Navarro et al., 2019).

Actualmente, pocos estudios han descrito las particularidades de los Pueblos Indígenas, en especial aquellas relacionadas al uso de anticonceptivos en los adolescentes (Ávila-Quiroz et al., 2019). A nivel nacional, en el 2018, de los 359 mil nacimientos en mujeres de 10 a 19 años, más de 27 mil eran de mujeres autoidentificadas como Indígenas, lo que corresponde a un 9.7% de los casos (UNFPA, 2018). Así mismo, en un estudio realizado por Pelcastre-Villafuerte et al. (2020) en

población mexicana reportaron que las mujeres adolescentes Indígenas tienen mayores antecedentes de embarazos en comparación con aquellas que no lo son, con un 68 y 44% respectivamente.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que los niveles más bajos de ingresos económicos y el origen étnico se han asociado con la iniciación sexual temprana en adolescentes, esto se relaciona con resultados adversos para la salud como los embarazos no planeados (OPS, 2017). Los embarazos no planeados en las adolescentes Indígenas generalmente se asocian al matrimonio infantil, abusos y costumbres culturales aún empleadas en las comunidades, debido a que a esta corta edad aún no cuentan con la madurez intelectual y emocional suficientes, para tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva (Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes [ENAPEA], 2020).

Los adolescentes de Pueblos Indígenas se están embarazando o embarazan a sus parejas debido a la falta de uso de anticonceptivos, ya que se ha encontrado que tienen menores probabilidades de usarlos tanto en el debut sexual, como en las relaciones sexuales subsecuentes (Hubert et al., 2020). Los anticonceptivos se clasifican en corta y larga duración. Los de corta duración son altamente efectivos para prevenir los embarazos no planeados, si se usan de manera adecuada y consistentemente. Sin embargo, existe un mayor riesgo de falla en la práctica con estos últimos ya que dependen del correcto uso de los usuarios, lo que ocasiona un riesgo de embarazo de 6 a 18 por cada 100 mujeres en el año de uso. Por otra parte, los de larga duración o acción prolongada (3, 5 o 10 años) con efectos reversibles, conocidos a nivel mundial por sus siglas en inglés como los LARC (Long-Acting Reversible Contraception), tienen un porcentaje de falla menor, pues el riesgo es de cinco embarazos por cada 10 mil mujeres (Gutiérrez-Ramos, 2017; Peláez-Mendoza, 2016).

En el 2014, la prevalencia anticonceptiva por tipo de método en las adolescentes sexualmente activas de 15 a 19 años, estaba determinada por el siguiente orden, en

primer lugar, se encontraba el condón masculino (22.5%), le seguían el DIU (15.7%), implante subdérmico (6.6%), las inyecciones hormonales (6.3%), y pastillas anticonceptivas (3.3%). En el 2018 existió una mayor incorporación de adolescentes que optaron por el uso de anticonceptivos LARC, quedando de la siguiente manera el condón masculino (24.1%), DIU (12.9%), implante subdérmico (11.8%), inyecciones (4.9%) y las pastillas anticonceptivas (2.7%). En ese mismo año, al analizar el uso consistente de anticonceptivos por lugar de residencia, se encontró una mayor proporción entre los adolescentes de 12 a 19 años de edad que residían en localidades urbanas (71.7%) en comparación con los adolescentes de localidades rurales (63.4%). Para el caso de los de adolescentes de ese mismo grupo de edad hablantes de lengua Indígena estas cifras son aún menor, ya que menos del 50% reportó un uso consistente de anticonceptivos, en contraste con el 70.6% de los adolescentes no hablantes de lengua Indígena, lo cual representa una diferencia preocupante para esta población (ENAPEA, 2020).

Lo anterior puede deberse a creencias asociadas con barreras socioculturales y estructurales del sistema de salud, aunado a ello esta población sigue siendo de las más desprotegidas, ya que reportan un menor acceso a la seguridad social, lo que les impide tener contacto suficiente con los servicios de planificación familiar, ocasionando condiciones de desigualdad en materia de salud reproductiva (De la Vara-Salazar et al., 2018; Pelcastre-Villafuerte et al., 2020). Además, las adolescentes Indígenas al presentar molestias por los efectos secundarios de los anticonceptivos, los abandonan, al pensar que les provocarán un daño y esto origina un rechazo de la anticoncepción en esta población. Lo anterior está relacionado con creencias negativas hacia el uso de anticonceptivos (Holt et al., 2017).

De acuerdo con esto, las creencias podrían estar asociadas con la toma de decisiones respecto a la salud sexual y reproductiva. Bukuluki et al., (2021) reportaron que las creencias de las adolescentes Indígenas sobre el embarazo tienen que ver con la

percepción de ser estigmatizadas como promiscuas, la falta de conocimientos sobre salud sexual y anticonceptivos y la falta de un plan de vida. Un estudio realizado con adolescentes Indígenas refiere que el 89% menciona que es importante utilizar anticonceptivos, sin embargo, reconocen que no los utilizan debido a la irresponsabilidad y la falta de información. Asimismo, más de la mitad refiere que el embarazo en la adolescencia es responsabilidad de ambos sexos y que las mujeres deben de gozar de los mismos derechos que el hombre (Rodríguez-Cerda & Rocha-Valero, 2021).

Una creencia común entre este grupo son las actitudes negativas hacia el uso de MA. De acuerdo con esto Meneses-Tirado et al., (2018) en el Modelo de Conducta Sexual Segura en Adolescentes Nahuas (MOCSSAN) explican que dentro de los factores personales afectivos se encuentran las actitudes hacia el uso del condón (UC) y hacen referencia a la creencia que tienen los adolescentes Indígenas sobre la influencia del uso del preservativo durante su vida sexual. Así mismo mencionan que los factores personales como el sexo influyen en la conducta. En los resultados de la evaluación del modelo se encontró que el ser hombre y tener actitudes negativas influyen para que los adolescentes no usen el condón. Este modelo resulta útil para entender la asociación entre el sexo y las actitudes con la conducta, que para fines de este estudio se extendió a todos los anticonceptivos.

Es evidente que el uso de anticonceptivos no es una práctica común entre los adolescentes Indígenas, por lo que el estudiar las actitudes hacia la conducta anticonceptiva en este grupo, se vuelve complejo, esto se debe a la escasa literatura sobre esta población en particular. En México, existen pocos estudios que han abordado la problemática de interés, pero, lo han hecho desde la perspectiva femenina, ya que el uso de anticonceptivos se le atribuye generalmente a este género, encontrándose un vacío del conocimiento en población masculina, lo que genera a que el fenómeno esté explicado parcialmente.

La importancia para la enfermería de estudiar las actitudes hacia la conducta anticonceptiva en adolescentes Indígenas radica en que a nivel asistencial se podrá dar consejería adecuada a esta población, para que decidan utilizar el método de planificación familiar más adecuado para la prevención de embarazos no planeados, proporcionar instrucciones acerca de las medidas disponibles de protección durante las relaciones sexuales y a la prevención de conductas sexuales de riesgo (Butcher et al., 2019). Los resultados que se obtengan de esta investigación brindarán información para que a mediano plazo se puedan implementar estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva por parte del personal de enfermería y al mismo tiempo para incidir en la disminución de los embarazos no planeados y reducir sus consecuencias, así también, se pretende que la presente investigación sea el antecedente para la adaptación de intervenciones educativas basadas en la mejor evidencia científica disponible en población adolescente Indígena.

### **Marco Conceptual**

Para guiar la presente investigación se tomó como base el Modelo de Conducta Sexual Segura en Adolescentes Nahuas (MOCSSAN) de Meneses-Tirado et al., (2018). El cual tiene como objetivo explicar la relación entre los factores personales y ambientales y cómo éstos influyen en la conducta sexual segura en adolescentes Indígenas, dicho modelo fue desarrollado de manera deductiva a partir de la de Teoría Social Cognitiva (TSC) de Bandura (1986) y del concepto de valores culturales de la Teoría Transcultural (TTC) de Leininger (1970). Lo cual hace, que se tenga una explicación amplia y detallada de la conducta anticonceptiva en adolescentes Indígenas desde una perspectiva social-cognitiva-cultural. A continuación, se describe el antecedente teórico del MOCSSAN, para posteriormente describir los conceptos que se utilizaran, junto con su representación gráfica.

La TSC explica el funcionamiento psicosocial, donde cada persona determina su conducta a partir de la interacción entre factores personales internos y factores

ambientales. Bandura (1986) incluyó el estudio de los procesos mentales internos (cognitivos) y el ambiente como causa de la conducta, lo representa a través del modelo de reciprocidad triádica, donde se explica que la conducta es el resultado de la interacción continua entre los factores personales: biológicos, afectivos y cognitivos, junto con el ambiente.

La TSC tiene su fundamento en la adquisición de destrezas y conductas de modo operante e instrumental, muestra al individuo como un sujeto proactivo, con la capacidad de codificar información y llevar a cabo comportamientos que influyen tanto en el contexto, como de manera intrínseca (Bandura, 1986). Así, la conducta es el resultado de la interacción continua entre los factores personales (afectivos, cognitivos y biológicos) y los factores ambientales (influencias interpersonales).

Por su parte el concepto “valores culturales” de Leininger (1970) refiere que estos dan sentido a las expresiones humanas y que suelen adaptarse en diferentes contextos para demostrar los significados aprendidos o transmitidos que generan un impacto en la salud a nivel individual o colectivo. A su vez, la cultura hace referencia a las formas de vida individual o grupal que incluyen valores, creencias, normas y patrones de práctica compartidos y transmitidos entre generaciones. La autora plantea por medio del Modelo del Sol Naciente que el personal de enfermería debe considerar las dimensiones de los valores y las normas fundamentales de la cultura como factores que influyen en la vida y el comportamiento del individuo.

En base a estos dos referentes teóricos se desarrolla MOCSSAN, el cual fue evaluado en población adolescente Indígena para tratar de explicar la conducta sexual segura, específicamente el uso del condón. A continuación, se describe el modelo.

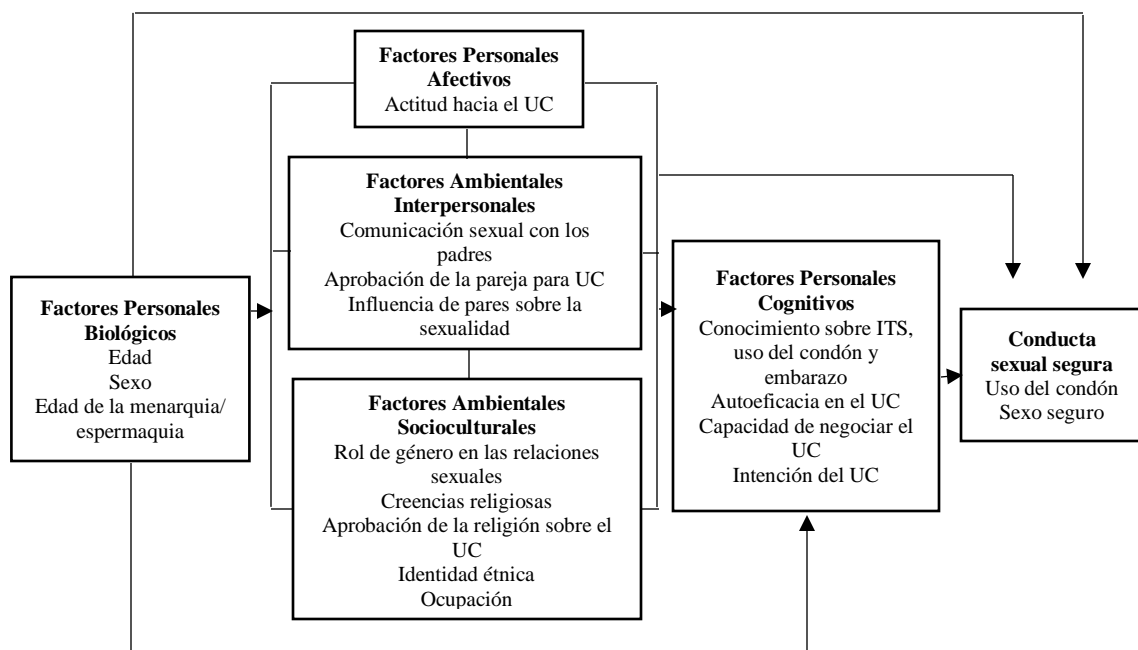
### ***Modelo de Conducta Sexual Segura en Adolescentes Nahuas (MOCSSAN)***

El objetivo principal del modelo es explicar la relación entre los factores personales y ambientales y cómo éstos pueden influir en la conducta sexual segura en los adolescentes de origen Indígena. Los factores personales incluyen: biológicos

(maduración de órganos sexuales de acuerdo al género y la edad), los afectivos (actitudes) y cognitivos (conocimientos, autoeficacia para el UC, intenciones). Los factores ambientales incluyen: las influencias interpersonales (familia, pareja y pares) y socioculturales (roles de género, creencias religiosas, identidad cultural); teniendo como resultado la conducta sexual segura (uso de anticonceptivos, sexo seguro) (figura 1). Meneses-Tirado (2018) evaluó el MOCSSAN y encontró que la edad de la espermaquia/menarquía, la actitud hacia el UC, la capacidad de negociar el UC y la identidad étnica influyen en el UC de los adolescentes Indígenas.

**Figura 1**

*Representación gráfica del MOCSSAN*



*Nota.* Relación de los conceptos del MOCSSAN.

Para fines del presente estudio, se utilizaron los conceptos de factores personales biológicos en donde se encuentra presente el sexo, factores personales afectivos que incluyen las actitudes hacia el UC, los factores ambientales socioculturales que abarca la

identidad étnica y la conducta sexual para el UC. Estos conceptos no sólo se limitaron al UC, sino que abarcaron todos los anticonceptivos. Por lo que a continuación se describen cada uno de estos.

Los factores personales biológicos son aquellas características generales de la persona que pueden influir en la conducta sexual segura, en ellos se encuentra el sexo, que es la característica que diferencia al hombre de la mujer y se expresa en términos de masculino y femenino. En el MOCSAN los hombres tienden a tener menor probabilidad de usar el condón por lo que para este estudio se consideró que el sexo es un factor que puede influir en el uso de los anticonceptivos. Por otra parte, se encuentran los factores personales afectivos, que contemplan a las actitudes hacia el UC los cuales se definen como la percepción de los adolescentes Indígenas acerca de que los condones son cómodos, no interfieren con el placer sexual y hacen que sea más divertida la relación sexual. Para este estudio se consideró que las actitudes hacia los anticonceptivos influyen en su uso ya sea con pareja habitual u ocasional.

Así también, están presentes los factores ambientales que describen el entorno físico del individuo, estos se representan a través de una influencia sociocultural que modera las acciones de las personas en base a sus creencias compartidas y que determinan las relaciones en grupo, aquí se encuentra la identidad étnica, que expresa las acciones de compromiso y pertenencia hacia el grupo étnico. El MOCSSAN expresa que, a mayor identidad étnica, mayor es la conducta sexual segura y el UC, por lo que para esta investigación se consideró que la identidad étnica influye en el uso de anticonceptivos.

Este estudio reconoce que existen otros anticonceptivos para prevenir los embarazos no planeados y que al explorar las actitudes por tipo de método sería de especial relevancia. Los tipos de anticoncepción se clasifican en corta duración, ejemplo de ellos son las píldoras anticonceptivas, los inyectables hormonales, el condón, así como los parches y espermicidas; de igual forma, se encuentra la anticoncepción de

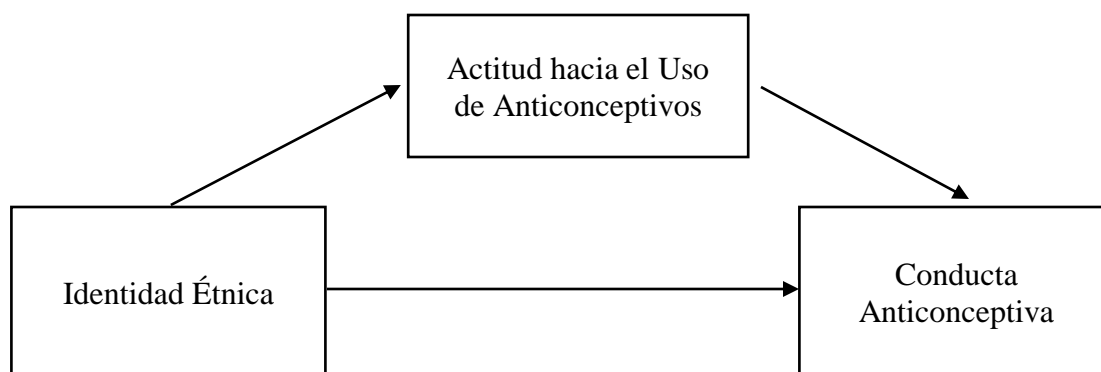


larga duración o acción prolongada, que tiene efectos reversibles, en ella se encuentran el DIU y los implantes subdérmicos (Gutiérrez-Ramos, 2017).

En base a lo anterior y considerando las proposiciones de Meneses-Tirado et al., (2018) se propone lo siguiente: 1) los factores personales biológicos como el ser hombre influye en la conducta sexual segura para el uso de anticonceptivos, 2) los factores personales biológicos como el ser hombre influyen en los factores personales afectivos como la actitud hacia el uso de anticonceptivos y en los factores ambientales socioculturales como la identidad étnica y 3) los factores personales biológicos como el ser hombre, los factores personales afectivos como la actitud hacia el uso de anticonceptivos y los factores ambientales socioculturales como la identidad étnica influyen en la conducta sexual segura para el uso de anticonceptivos (figura 2).

## Figura 2

*Conceptos extraídos del MOCSSAN*



*Nota.* Relación de las variables identidad étnica, actitud hacia el uso de anticonceptivos, y conducta anticonceptiva.

En este apartado se articulan los conceptos del MOCSSAN junto con los conceptos que se utilizaron en la presente investigación y la definición de cada uno, los cuales incluyen, sexo, actitud hacia el uso de anticonceptivos, identidad étnica y la conducta anticonceptiva en adolescentes indígenas.

**Sexo.** Es la diferenciación entre los componentes de sexualidad que incluyen el sexo biológico al nacimiento, tales como mujer y hombre. En el contexto de los adolescentes Indígenas, Meneses-Tirado (2018) refiere que el pertenecer al sexo masculino se ha asociado con tener actitudes negativas hacia el UC. A su vez, Nava-Navarro et al., (2019) reportan que el sexo femenino no tiene la habilidad suficiente para usar un preservativo o colocárselo a su pareja. Y, por otra parte, Larkins et al., (2007) destacan que entre las razones más comunes para no usar anticonceptivos es que los participantes refieren ser gay/lesbiana.

**Identidad Étnica.** Son aquellas características y cualidades que poseen los adolescentes que se manifiestan en la expresión de sentimientos y la participación en actividades de exploración que los identifican como Indígenas. Meneses-Tirado (2018) demuestra que, a mayor identidad étnica, mayor es el UC. Sin embargo, diversos estudios explican que los adolescentes de origen étnico reflejan menor uso de anticonceptivos (Hubert et al., 2020; ENAPEA, 2020; Nava-Navarro et al., 2019)

**Actitud hacia el Uso de Anticonceptivos.** Son aquellas creencias positivas o negativas que los adolescentes Indígenas tienen en cuanto al uso de anticonceptivos. Estudios en México mencionan que los adolescentes Indígenas reportan falta de uso de anticonceptivos y que tienen menores probabilidades de usarlos tanto en el debut sexual, como en las relaciones sexuales subsecuentes (De la Vara-Salazar et al., 2018; Hubert et al., 2020; Pelcastre-Villafuerte et al., 2020). Lo anterior se relaciona con actitudes negativas hacia la anticoncepción y estas pueden estar influyendo en la toma de decisiones respecto a la salud sexual y reproductiva, así como en la falta de

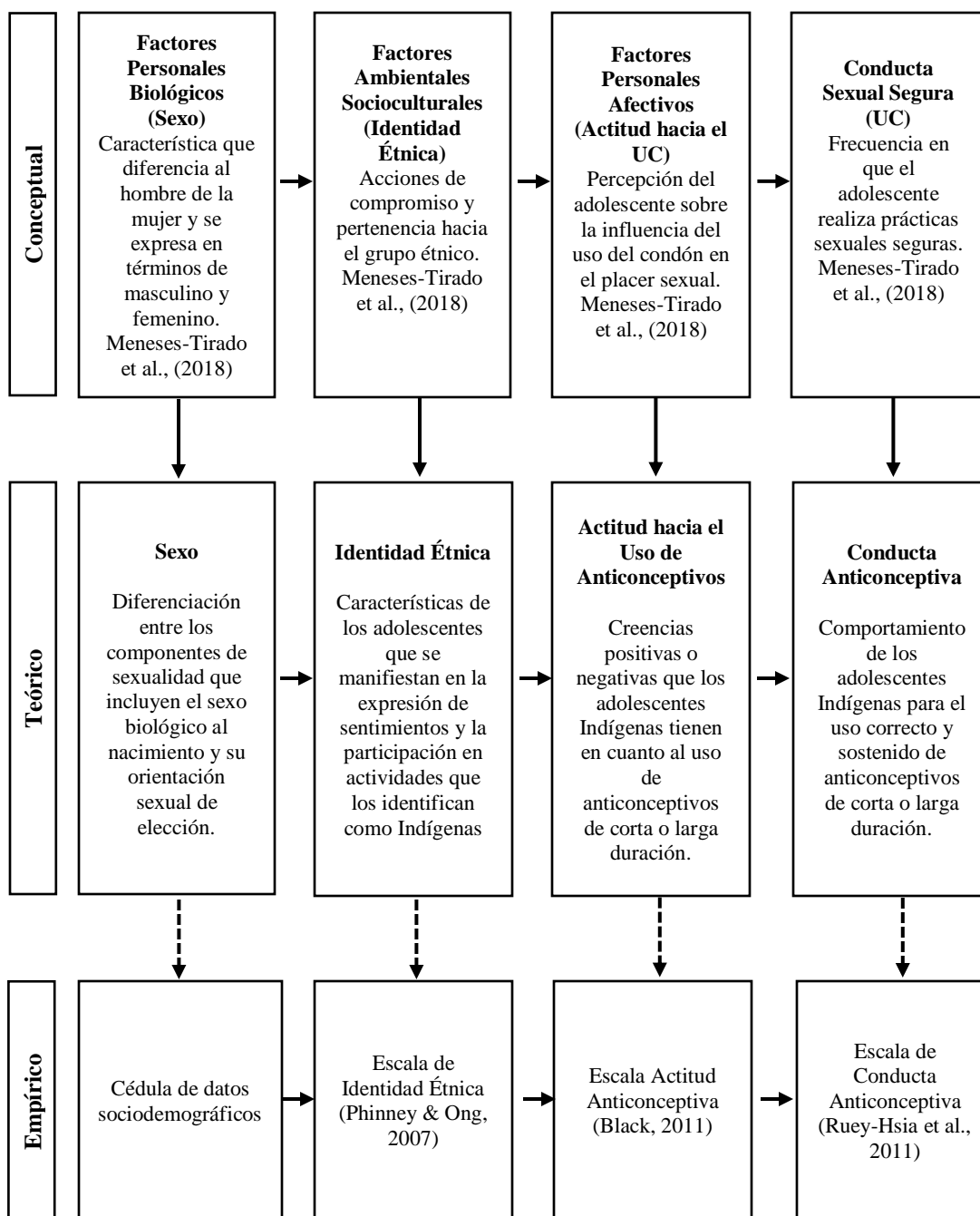
conocimientos o información de anticonceptivos (Bukuluki et al., 2021; Holt et al., 2017; Rodríguez-Cerda & Rocha-Valero, 2021).

**Conducta Anticonceptiva.** Para fines de esta investigación, hace referencia al comportamiento de los adolescentes Indígenas para el uso correcto y sostenido de cualquier anticonceptivo de corta o larga duración durante su vida sexual activa, ya sea con pareja estable u ocasional. En este sentido, se reporta que el anticonceptivo más utilizado por los adolescentes Indígenas es el preservativo, pero su uso disminuye con forme a encuentros sexuales subsecuentes (Hubert et al., 2020; Rodríguez-Cerda & Rocha-Valero, 2021). A pesar que en los últimos años ha existido un incremento en la utilización del resto de los anticonceptivos por parte de esta población (ENAPEA, 2020). Aún existen diversos factores que influyen en la falta de su uso (Caballero-Hoyos & Monárrez-Espino, 2018; Coombe et al., 2020; Ríos-Zertuche et al., 2017).

Por lo tanto, en esta investigación se consideró a la conducta anticonceptiva como el resultado del proceso de interacción entre el sexo, las actitudes hacia el uso de anticonceptivos y la identidad étnica. Además, que éstas, individualmente pueden influir ya sea de manera negativa o positiva en dicha conducta. Y que, el sexo tiene efecto en las actitudes hacia el uso de anticonceptivos en adolescentes Indígenas (figura 3).

Figura 3

## Estructura Conceptual-Teórico-Empírica



*Nota.* Relación de las variables sexo, identidad étnica, actitud hacia el uso de anticonceptivos, y conducta anticonceptiva.

## Estudios Relacionados

A continuación, se presentan los estudios correspondientes a este fenómeno de interés, cabe recalcar que, debido a la escasa literatura en adolescentes Indígenas, también se incluyeron estudios que abarcaban además de adolescentes otros grupos de edad como jóvenes o adultos jóvenes. El principal criterio de inclusión fue que las investigaciones hayan abordado a Pueblos Indígenas y/o que pertenecieran a alguna etnia o comunidad rural. Posteriormente se presenta una síntesis de dichos estudios incluidos.

Meneses-Tirado (2018), realizó un estudio en cual determinó la relación de los factores personales biológicos, afectivos y cognitivos; ambientales interpersonales y socioculturales con la conducta sexual segura de 419 adolescentes Nahuas de 15 a 19 años de las Lomas, Puebla. Los resultados que reporta son en relación con el uso del condón, el reactivo: Me da vergüenza usar condones fue la media más alta ( $M=3.97$ ), en contraste con el reactivo: Las relaciones sexuales son más divertidas cuando se usa un condón, que obtuvo la más baja ( $M=3.16$ ). Sin embargo, ambos corresponden a una actitud neutra de los participantes hacia el uso del condón. En cuanto a la actitud hacia el uso del condón la media fue de  $M=63.77$  ( $DE=18.56$ ). Las mujeres presentaron mayor puntaje que los hombres en la actitud hacia el uso del condón ( $Mdn=80.95$  vs  $Mdn=66.67$ ;  $p<.01$ ).

De igual forma se reportó que pertenecer al sexo masculino tiene un efecto grande y negativo sobre la actitud hacia el uso del condón, esto indica que los hombres tienen menores posibilidades de tener actitudes positivas sobre el uso del condón que las mujeres ( $\beta=-4.88$ ,  $t=-2.22$ ,  $p=.027$ ). Además, se observó que la actitud hacia el uso del condón se relacionó significativamente con el uso del condón ( $r_s=.332$ ,  $p<.01$ ). De igual forma, la actitud se relacionó con la identidad étnica ( $\beta=.15$ ,  $p=.004$ ). Así también se explicó que a mayor actitud positiva hacia el uso del condón ( $\beta=.25$ ,  $t=5.29$ ,  $p<.01$ ) y a mayor identidad étnica ( $\beta=.23$ ,  $t=5.39$ ,  $p<.01$ ) mayor es el uso del condón. Se observa

que el sexo tiene efecto sobre las actitudes, ya que los hombres tienen mayores probabilidades de tener actitudes negativas sobre el uso del condón que las mujeres y que la identidad étnica influye en su uso. El tener mayores actitudes positivas hacia el uso del condón significa mayor uso del mismo.

Ramírez-Espinobarros (2021) realizó un estudio para determinar el efecto de la edad de inicio de vida sexual, los años de estudios y la actitud en la conducta anticonceptiva con 145 mujeres jóvenes Indígenas de 15 a 24 años de edad del estado de Guerrero, México. La media de edad de la primera relación sexual fue de 17.5 años ( $DE=1.66$ ). Reportó que el uso actual de anticonceptivos fue del 47.60%, donde los métodos más utilizados fueron el condón masculino (52.20%), las inyecciones (18.80%) y el coito interrumpido (17.40%). La mayoría de las participantes tuvo una actitud anticonceptiva positiva ( $M=2.04$ ,  $DE=.55$ ). Además, refiere que el uso de anticonceptivos fue bajo ( $M=2.31$ ,  $DE=1.13$ ). La actitud anticonceptiva tuvo un efecto grande y negativo en la conducta anticonceptiva ( $\beta=-.77$ ,  $t=-5.47$ ,  $p<.01$ ) lo que significó que aquellas mujeres indígenas con actitudes positivas tuvieran mayores probabilidades de usar métodos anticonceptivos. El uso de anticonceptivos es bajo y el más utilizado sigue siendo el condón masculino, las actitudes anticonceptivas positivas son altas y aumenta la probabilidad de usar anticonceptivos.

Rodríguez-Cerda y Rocha-Valero, (2021) realizaron un estudio en 494 adolescentes Indígenas entre 13 y 16 años, para identificar las actitudes y conductas que tienen estos adolescentes respecto a su sexualidad. El 51% de los adolescentes eran del sexo femenino, mientras que el 48.4% masculino. Sólo el 1.4% de los participantes informó haber tenido relaciones sexuales y de estos, sólo el 4% dijo que usó como método anticonceptivo el condón. El 89.7% menciona que es importante utilizar métodos anticonceptivos, sin embargo, reconocen que no los utilizan debido a la falta de información sobre métodos anticonceptivos (46%), seguido de irresponsabilidad de los adolescentes (42.5%), falta de información sobre sexualidad (35.2%) y el consumo de

alcohol o drogas (11.1%). Asimismo, más de la mitad (59.7%) refiere que el embarazo en la adolescencia es responsabilidad de ambos sexos y que las mujeres deben de gozar de los mismos derechos que el hombre (84.6%). Se encontró que la mayoría de los adolescentes refieren que es importante utilizar anticonceptivos y que la percepción de irresponsabilidad es uno de los motivos para no utilizarlos.

Sanjuan-Meza et al., (2019) realizaron un programa de educación en mujeres Indígenas y adolescentes marginadas mexicanas, con la finalidad de mejorar los conocimientos de métodos anticonceptivos y desarrollar actitudes y comportamientos reproductivos saludables. El 96.9% de las mujeres indígenas se negó a responder a que edad tuvieron su primer encuentro sexual y el 74% no usó ningún método anticonceptivo en su primer encuentro sexual, el 24% usó el condón y el 2% píldoras. Asimismo, el 45% no utilizó ningún método anticonceptivo en su último encuentro sexual, 14% utilizó el condón y un 9% utilizó el implante. La media de actitudes hacia la salud reproductiva fue de 3.5 ( $DE=.43$ ;  $rango=1-5$ ) mientras que la de uso condón fue de 3.3 ( $DE=.29$ ,  $rango=1-5$ ). La mayoría no utilizó ningún anticonceptivo en la primera relación sexual y en el último encuentro sexual sólo alrededor de la mitad. Tienen actitudes más positivas acerca de la salud reproductiva que del uso del condón. Cabe destacar que sus actitudes están en un punto intermedio.

Bukuluki et al., (2021), realizaron un estudio con 3,427 personas adultas de origen étnico de 10 a 45 años, con el objetivo de examinar las actitudes socioeconómicas y demográficas, así como individuales que influyen en permitir que las adolescentes tengan acceso a la anticoncepción. Encontraron que un 73% estuvo de acuerdo con la creencia de que a las adolescentes no se les permite acceder a métodos anticonceptivos en la comunidad. Entre las actitudes se destacan: el uso constante del condón no previene el embarazo (No=69.2% vs Sí=30.8%,  $p<.01$ ), las niñas no tienen derecho a acceder a la planificación familiar (No=63% vs Sí=37%,  $p<.01$ ), una niña sexualmente activa no puede utilizar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo

no deseado (No=63% vs Sí=37%,  $p<.01$ ), las mujeres solteras o las niñas no deben tener acceso a métodos anticonceptivos (No=57% vs Sí=43%,  $p<.01$ ), las mujeres casadas o las niñas no deben tener acceso a métodos anticonceptivos (No=67% vs Sí=33%,  $p<.01$ ) y las mujeres no saben dónde obtener anticonceptivos para la prevención del embarazo (No=70% vs Sí=30%,  $p<.01$ ). En general las actitudes negativas fueron significativamente mayores que las positivas.

Homma et al., (2015), llevaron a cabo una investigación con 4,311 adolescentes de origen étnico en Canadá, con el objetivo de examinar la relación entre la identidad étnica y la iniciación sexual. Encontraron que los participantes tuvieron niveles moderados de identidad étnica ( $M=3.40$ ,  $rango=1-5$ ,  $p<.05$ ). Los varones con niveles más altos de compromiso con la identidad étnica tenían menos probabilidades de haber tenido relaciones sexuales alguna vez ( $OR=.75$ ,  $IC95\%: .61, .92$ ), por otro lado, entre las adolescentes mujeres una mayor exploración ( $OR=.65$ ,  $IC95\%: .53, .80$ ) y compromiso ( $OR=.72$ ,  $IC95\%: .58, .90$ ) se asociaron con menores probabilidades de tener relaciones sexuales alguna vez en la vida. Se observa que la identidad étnica es un factor vinculado con la conducta sexual de los adolescentes de origen étnico y que esta puede variar dependiendo del sexo.

Ma et al., (2014), realizaron un estudio con 226 adolescentes de origen étnico entre 13 a 16 años de edad, con el objetivo de examinar las asociaciones entre los valores culturales y los factores de riesgo sexual. Encontraron diferencias de género para la orientación cultural ( $t=224$ ,  $p<.01$ ) ya que, las adolescentes reportaron una orientación cultural más fuerte ( $M=41.67$ ,  $DE=8.41$ ) en relación con los hombres ( $M=36.02$ ,  $DE=8.65$ ). Así mismo, reportaron asociaciones significativas entre a mayor orientación cultural, mayor autoeficacia sexual ( $r^2=.26$ ,  $p<.01$ ) y autoeficacia en el uso del condón ( $r^2=.20$ ,  $p<.01$ ). Por último, la orientación cultural se correlacionó positivamente con el uso del condón ( $\beta=.19$ ,  $p<.01$ ). Los valores culturales son factores positivos relacionados con la autoeficacia del uso del condón y sexual en adolescentes



de origen étnico, además, existen diferencias entre el género, ya que las mujeres reportan una orientación cultural fuerte.

Hubert et al., (2020), realizaron un estudio con 9,854 mujeres de 15 a 49 años de edad residentes de zonas rurales, urbanas y Pueblos Indígenas de México, con el objetivo de caracterizar el uso de condón en la primera y última relación sexual en diferentes cohortes para observar posibles diferencias entre grupos generacionales. El 10.8 y 6.7% de las mujeres que son Indígenas utilizaron este método en su primera y última relación sexual respectivamente, comparados con 29.4 y 17.9% de las mujeres que no son Indígenas ( $p < .01$ ).

Por otra parte, se encontró que las mujeres de zonas urbanas 31.1 y 18.3% utilizaron condón en la primera y última relación sexual respectivamente, comparados con 17.5 y 13.1% en las áreas rurales ( $p < .01$ ). Las mujeres hablantes de lengua Indígena tuvieron 31.5% menores posibilidades de usar condón en su debut sexual que sus contrapartes no Indígenas ( $RP = .69$ ,  $IC95\%: .5, 1.0$ ). Así mismo, se reportó que hablar lengua Indígena reduce cerca de la mitad las posibilidades de usar condón en la última relación sexual ( $RP = .53$ ,  $IC95\%: .4, .8$ ).

Ríos-Zertuche et al., (2017), realizaron un estudio con 7049 mujeres de bajos recursos de 15 a 49 años residentes de Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y el estado de Chiapas, México, con el objetivo de identificar factores asociados al uso de anticonceptivos en esta población. El 54.8% eran Indígenas. Entre las razones para no usar anticonceptivos modernos se encuentran las creencias sobre que tendrán los efectos secundarios con 44.4%, ( $p < .01$ ;  $IC95\%: 41.0-47.9$ ), no conocer ningún método moderno 32.3% ( $p < .01$ ;  $IC95\%: 29.5-35.2$ ), no estar de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos (razones religiosas, culturales y sociales) con el 20.6%.

De igual manera, las que vivían lejos de un establecimiento de salud ( $OR = .75$ ,  $IC95\%: .59-.96$ ) y las de hogares extremadamente pobres ( $OR = .71$ ,  $IC95\%: .58-.86$ ) tenían menores probabilidades de usar anticonceptivos. La

etnia Indígena disminuyó la probabilidad de uso de anticonceptivos en un 50% ( $OR=.50$ ,  $IC95\%: .39-.64$ ). Y las mujeres de 15-19 años tenían las probabilidades más bajas de uso de anticonceptivos ( $OR=.67$ ,  $IC95\%: .50-.89$ ). Se puede apreciar que existe menor uso de anticonceptivos en mujeres jóvenes Indígenas y que estas poseen actitudes negativas hacia el uso de anticonceptivos. No se establece una relación entre las actitudes/creencias negativas y el uso de anticonceptivos. Se hace relación entre el bajo nivel socioeconómico y el uso de los métodos anticonceptivos.

### ***Síntesis de los Estudios Relacionados***

Los estudios indican que los adolescentes Indígenas se inician sexualmente a edades tempranas siendo alrededor de los 13 a 15 años lo estimado, esta población reporta un bajo uso de anticonceptivos y una vez que los utilizan, no lo hacen de manera consistente en cada relación sexual, siendo el condón masculino el método que más se usa, sin embargo, la mayoría reconoce que es importante utilizar algún anticonceptivo. Seis estudios reportaron que esta población tiene actitudes negativas hacia el uso de estos. En la mayoría de las investigaciones se observa que el sexo puede tener un efecto sobre las actitudes. Algunos estudios refieren que los hombres tienen mayores probabilidades de tener actitudes negativas hacia el uso del condón o cualquier otro método y otros mencionan que las mujeres son las que reflejan actitudes más positivas. Siendo no concluyente sobre si las mujeres tienden a utilizar mayormente los anticonceptivos que los hombres.

La identidad étnica puede relacionarse positivamente para el uso del condón, pero, puede variar de acuerdo al sexo, ya que las mujeres son las que reportan un mayor apego. Se encontró que las actitudes hacia la anticoncepción han sido poco abordadas en población masculina, por lo que podría ser de especial relevancia el abordaje y la comparación entre este grupo con el femenino. Además, son pocas las investigaciones que han estudiado el uso de los demás anticonceptivos de larga duración. Existen resultados en los que se reportan únicamente el uso del condón, en este caso, solo una

investigación informó sobre la utilización de métodos hormonales, la cual fue baja, por lo que es de vital importancia abarcar la amplia gama de anticonceptivos que se tiene.

### **Objetivo General**

Analizar el efecto del sexo, identidad étnica y actitudes hacia el uso de anticonceptivos en la conducta anticonceptiva en adolescentes Indígenas.

### ***Objetivos Específicos***

1.- Describir el sexo, la identidad étnica, las actitudes hacia el uso de anticonceptivos y la conducta anticonceptiva en adolescentes Indígenas.

2.- Describir las diferencias de acuerdo con el sexo, en la identidad étnica, las actitudes hacia el uso de anticonceptivos y la conducta anticonceptiva en adolescentes Indígenas

### ***Hipótesis***

H<sub>1</sub>: Existe una relación positiva entre la identidad étnica y las actitudes hacia el uso de anticonceptivos con la conducta anticonceptiva.

H<sub>2</sub>: La identidad étnica influye en la conducta anticonceptiva teniendo a las actitudes hacia el uso de anticonceptivos como mediador.

### **Definición de Términos**

#### ***Sexo***

Es la diferenciación entre los componentes de sexualidad que incluyen el sexo biológico al nacimiento tales como mujer y hombre. Se midió a través de la cédula de datos personales.

#### ***Identidad Étnica***

Son aquellas características y cualidades que poseen los adolescentes que se manifiestan en la expresión de sentimientos y la participación en actividades que los identifican como Indígenas. Se utilizó la escala de identidad étnica para la medición de esta variable (Phinney & Ong, 2007).

***Actitud hacia el Uso de Anticonceptivos***

Son aquellas creencias positivas o negativas que los adolescentes Indígenas tienen en cuanto al uso de anticonceptivos de corta o larga duración. Para su medición se utilizó la escala de actitud anticonceptiva (Black, 2011).

***Conducta Anticonceptiva***

Es el comportamiento de los adolescentes Indígenas para el uso correcto y sostenido de anticonceptivos de corta o larga duración durante su vida sexual activa. Esta variable se midió con la escala de conducta anticonceptiva de Ruey-Hsia et al., (2011).

## **Capítulo II**

### **Metodología**

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

#### **Diseño del Estudio**

El presente estudio utilizó un diseño descriptivo comparativo ya que se describieron las variables de estudio y se establecieron diferencias de acuerdo al sexo, con la identidad étnica, las actitudes hacia el uso de anticonceptivos y la conducta anticonceptiva en adolescentes Indígenas. Asimismo, fue correlacional predictivo ya que se pretendió analizar el efecto de las actitudes hacia el uso de anticonceptivos en la relación entre la identidad étnica y la conducta anticonceptiva. Finalmente, fue de tipo transversal ya que los datos se recolectaron en un solo momento (Grove & Gray, 2019).

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

La población estuvo conformada por adolescentes Indígenas de 11 a 19 años de tres secundarias, tres preparatorias y una comunidad de la región Mixteca de la Costa del estado de Oaxaca y de dos comunidades en Guerrero y Monterrey. El tamaño de la muestra fue de 239 adolescentes de ambos sexos, la cual fue estimada con el software estadístico G\*Power 3.1.9.7 para un modelo de regresión lineal múltiple a priori con tamaño de efecto entre pequeño y mediano de .055, con poder del 95%, con cuatro variables independientes y un nivel de significancia de  $p < .05$ . Se consideraron a todos los participantes que cumplieran con los criterios de elegibilidad.

#### **Criterios de Inclusión**

Se consideraron como criterios de inclusión a) adolescentes que se autoidentificaron como Indígenas, lo cual se evaluó a través de la pregunta filtro ¿Te

consideras indígena?, teniendo como referencia que una persona Indígena es aquella que se considera Indígena o habla alguna lengua étnica o ella o sus padres pertenecen a alguna comunidad de origen Indígena o hablan lengua étnica, b) con vida sexual activa, la cual fue evaluada con la pregunta filtro ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?

### **Criterios de Exclusión**

Los criterios de exclusión fueron: a) adolescentes femeninas embarazadas o con sospecha de embarazo b) adolescentes Indígenas casados o que vivían en unión libre. Lo anterior debido a que se pudiera modificar su conducta anticonceptiva. Dichos aspectos fueron evaluados con las siguientes preguntas filtro: (mujer) ¿Actualmente estás o crees estar embarazada? y ¿Estas casado o vives en unión libre? (Apéndice A).

### **Criterios de Eliminación**

Posterior a la colecta de los datos, con ayuda de las preguntas filtro se identificó a la población objetivo y se eliminaron aquellos participantes que no reportaron vida sexual activa y que no se autoidentificaban como Indígenas, esto para evitar sentimientos negativos o de discriminación.

### **Instrumentos de Medición**

En este apartado se describen los instrumentos que se utilizaron para medir las variables del estudio. Con el fin de conocer las características sociodemográficas de los participantes, se diseñó una cédula de datos personales (Apéndice B), para conocer la edad, el sexo, la edad del inicio de la vida sexual y el anticonceptivo que se utilizó en el primer encuentro sexual.

### ***Identidad Étnica***

Para la variable de identidad étnica se empleó la escala de Phinney y Ong (2007) que evalúa la expresión de la identidad y el sentido de pertenencia, así como la búsqueda de información y experiencias relacionadas con el grupo étnico. Está conformada por 17 afirmaciones, con opciones de respuesta en escala Likert, (1) no me describe en absoluto a (4) me describe muy bien. Los reactivos 1, 8-13 se invierten para que el total indique

un mayor grado de identidad. La puntuación global va de 17 a 68, por lo que a mayor puntuación mayor es el grado de la identidad étnica, de lo contrario indica una identidad difusa con bajo interés y compromiso hacia el grupo étnico. Ojeda y Liang (2014) reportaron una consistencia interna superior a .70 (Apéndice C).

### ***Actitud hacia el Uso de MA***

Esta variable fue medida a través de la escala de actitud anticonceptiva de Black (2011) que evalúa las creencias positivas y negativas hacia los métodos y el uso general de anticonceptivos. Se incluyen creencias sobre los efectos del uso de anticonceptivos, influencia en las relaciones sexuales con la pareja, percepciones de sí mismo y hacia la pareja con el uso de anticonceptivos. Este instrumento está compuesto por 32 ítems redactados en 17 afirmaciones positivas y 15 afirmaciones negativas que indican acuerdo o desacuerdo hacia el uso de anticonceptivos a través de una escala Likert de 1 (muy en desacuerdo) y 5 (muy de acuerdo). El puntaje total se obtiene de la sumatoria de las respuestas de cada ítem, un bajo puntaje indica mayor actitud negativa hacia la anticoncepción. Se ha reportado una confiabilidad de .88 (Apéndice D).

### ***Conducta Anticonceptiva***

Se midió a través de la escala de conducta anticonceptiva de Ruey-Hsia et al., (2011). Evalúa el conjunto de comportamientos específicos que presenta una persona relacionados con el uso de métodos de planificación familiar (UMPF), con la finalidad de evitar los embarazos. Esta escala mide dos dimensiones del comportamiento, la primera relacionada con el UMPF (ítems 1, 2, 5) y la segunda sobre la prevención proactiva (ítems 3, 4), que incluye la búsqueda activa de información anticonceptiva para la toma de decisiones, así como la adopción de medidas compensatorias cuando se duda de la seguridad de una práctica anticonceptiva. Consta de cinco ítems, con opciones de respuesta tipo Likert que van desde 1=Nunca, hasta 4=Siempre, con un puntaje máximo de 20 puntos y un mínimo de 5, los valores altos de las sumatorias

indican una conducta anticonceptiva más favorable. Flores-Arias et al., (2018) reportaron una consistencia interna de .73 (Apéndice E).

De igual forma, se contempló para la medición de la conducta anticonceptiva el ítem uso actual de métodos anticonceptivos, éste se mide de manera dicotómica presentando opciones de respuesta de sí y no.

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

Para la recolección de los datos se obtuvo la autorización del Comité de Investigación y del comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (FAEN-UANL). La recolección se llevó a cabo a través de instrumentos de lápiz y papel y por medio de un censo, esto debido a la temática del estudio, para salvaguardar la confidencialidad y privacidad de la información de los participantes, así como, evitar sentimientos de estigma y discriminación.

Para el caso de los adolescentes de Oaxaca, se seleccionaron a las poblaciones que son consideradas como Indígenas y se acudió de manera personal para conversar con el director de la institución y dar a conocer la finalidad de la investigación. Posteriormente se acudió a los salones de clases para realizar la invitación a participar en el estudio a todos los alumnos que se encontraran presentes y se les explicó el objetivo. Se les informó que su participación era voluntaria y anónima, que su información sería de carácter privado y confidencial con la seguridad de no evidenciar a nadie de forma pública, que no se verían perjudicados respecto a sus evaluaciones como estudiantes y con la libertad de retirarse del estudio en el momento que así lo decidieran.

A los participantes mayores de edad se les proporcionó el consentimiento informado (Apéndice F) y a quienes aceptaron y lo firmaron se les entregaron los cuestionarios para su debido llenado. A los menores de edad se les entregó el asentimiento (Apéndice H), así como el consentimiento para autorización del padre o



tutor (Apéndice G) y se regresó al día siguiente con quienes llevaron el formato firmado para aplicarles los cuestionarios.

En el caso de los participantes de Guerrero y de Monterrey se seleccionaron a las comunidades en donde existiera la presencia de grupos étnicos y se acudió a los centros de salud para solicitar su autorización, con ayuda del personal de enfermería adscrito, se identificó a la población objetivo y se invitaron a participar a aquellos que cumplieran con los requisitos de elegibilidad. Se solicitó un área privada o consultorio para cuidar en todo momento la privacidad y confidencialidad en el llenado, teniendo una distancia considerable entre los participantes durante la contestación de los instrumentos.

Al finalizar, los cuestionarios se resguardaron en un sobre sellado y en una caja identificada como de manejo exclusivo por el responsable del estudio, se agradeció la participación entregando un refrigerio a los adolescentes que concluyeron el llenado de los instrumentos. Es importante mencionar que se siguieron los protocolos de seguridad establecidos por las autoridades sanitarias, como la sana distancia, el uso de cubrebocas, careta y gel antibacterial.

### **Consideraciones Éticas**

El presente estudio se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 2014), que establece los lineamientos y principios a los que debe someterse la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

Considerando el título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I, artículo 13 que establece que deberá prevalecer el respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar del participante, esto se llevó a cabo mediante un trato amable hacia los participantes y respetando sus creencias étnico-culturales. Se les explicó que estaban en todo su derecho para retirarse del estudio en el momento que así lo decidieran y sin tener alguna repercusión.

Para dar cumplimiento con el artículo 14, fracción V, deberá contarse con el consentimiento informado por escrito del participante o si es el caso de su representante legal. Para el presente estudio se contó con el consentimiento informado de los participantes mayores de edad, en el caso de aquellos menores de edad, se contó con el consentimiento del padre o tutor y de un asentimiento del participante. Fracción VII, contar con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética; se contó con la aprobación de los comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Referente al artículo 16, en las investigaciones con seres humanos se deberá proteger la privacidad del participante e identificándolo solo cuando los resultados lo requieran con previa autorización, se protegió omitiendo el nombre del participante identificándolo mediante un folio. Artículo 17, fracción II el estudio se consideró de riesgo mínimo, debido a que la sexualidad es un tema sensible, por lo que, si alguno de los participantes se sintiera incómodo con las preguntas, podría suspender el cuestionario en el momento que así lo decidiera.

Artículo 20, se entiende como consentimiento informado al acuerdo por escrito en el cual el participante o el representante legal según sea el caso, autoricen la participación en el estudio, con previo conocimiento de los procedimientos del estudio y la capacidad de elegir libremente, el consentimiento es el documento mediante el cual los adolescentes mayores de edad autorizaron su participación (Apéndice A) o en el caso de los menores de edad se obtuvo el consentimiento informado del padre o tutor (Apéndice B) que autorizó la participación de su hijo o hija (Capítulo III, artículos 35 y 36), en este último caso se obtuvo además el asentimiento del adolescente (Apéndice C).

Artículo 21, fracciones I, IV, VI, VII y VIII, los objetivos, los beneficios, recibir respuestas a las dudas y alguna aclaración, libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y de retirarse del estudio y mantener la confidencialidad de la información relacionado con la privacidad. En los documentos se estableció el propósito

del estudio, los criterios de selección y procedimiento. Además, se aclaró que la participación sería voluntaria y si el participante así lo decidiera, podría retirarse sin tener ninguna repercusión. De la misma manera, se refirió que se mantendría el anonimato de los participantes y la confidencialidad de su información.

Artículo 57 de la investigación en grupos subordinados, dado que el estudio se llevó a cabo en escuelas secundarias y preparatorias, el consentimiento informado de los participantes no se vio influenciado de manera coercitiva por alguna autoridad de la institución. Artículo 58, fracciones I y II, la participación, rechazo o retiro del consentimiento durante el estudio no afectarían las calificaciones o situación escolar de los adolescentes.

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

Los datos del estudio se analizaron mediante el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 23. Antes del análisis de los datos, se verificó que no existieran datos perdidos. Las características sociodemográficas se analizaron mediante estadística descriptiva, obteniendo frecuencias, porcentajes, medias, desviaciones estándar, valores mínimos y máximos.

Para dar respuesta al objetivo 1) Describir el sexo, la identidad étnica, las actitudes hacia el uso de anticonceptivos y la conducta anticonceptiva en adolescentes Indígenas se utilizó estadística descriptiva, frecuencias, porcentajes, medias, desviaciones estándar, valor mínimo y máximo. Previo al análisis de estadística inferencial, se verificó la distribución normal de las variables por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors. Para determinar la consistencia interna de los instrumentos, se analizaron a través del Coeficiente Alpha de Cronbach.

Para el objetivo 2) Describir las diferencias de acuerdo con el sexo, en la identidad étnica, las actitudes hacia el uso de anticonceptivos y la conducta anticonceptiva en adolescentes Indígenas, una vez obtenidos los resultados de la prueba

de normalidad, se empleó la prueba U de Mann-Whitney para estadística no paramétrica.

Para dar respuesta a la primera hipótesis: 1) Existe una relación positiva entre la identidad étnica y las actitudes hacia el uso de anticonceptivos con la conducta anticonceptiva se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para estadística no paramétrica.

Para la segunda hipótesis: 2) La identidad étnica influye en la conducta anticonceptiva teniendo a las actitudes hacia el uso de anticonceptivos como mediador, se realizó un análisis de mediación siguiendo los pasos propuestos por Andrew F. Hayes (2018) para examinar el efecto de la variable mediadora en la relación entre la variable independiente ( $x$ ) y dependiente ( $y$ ). Las ecuaciones formuladas por Hayes para el modelo de mediación simple calculan los efectos directos ( $c$ ), indirectos ( $a*b$ ) y totales ( $c'$ ), así como los coeficientes de regresión estandarizados y no estandarizados, los errores estándar, incluidos los valores de  $t$ ,  $p$  y la  $R^2$ . El modelo de mediación simple fue realizado con la macro PROCESS versión 4.2 para SPSS.

Para responder al objetivo general que es analizar el efecto del sexo, la identidad étnica, las actitudes hacia el uso de anticonceptivos y la conducta anticonceptiva en adolescentes Indígenas, se realizaron modelos de regresión lineal múltiple y regresión logística considerando un nivel de significancia de  $p < .05$ .

## Capítulo III

### Resultados

En este capítulo se muestra el análisis estadístico de los datos. Primeramente, se presentan los datos descriptivos para las variables sociodemográficas, posteriormente la consistencia interna de los instrumentos, la prueba de normalidad de las variables principales del estudio y por último se muestra la estadística inferencial junto con el análisis de regresión.

#### Estadística Descriptiva

La muestra estuvo conformada por 240 adolescentes sexualmente activos entre 12 y 19 años de edad ( $M=15.52$ ,  $DE=1.50$ ), de los cuales el 57.10% ( $f=137$ ) pertenece al sexo masculino y el 62.50% ( $f=150$ ) mencionó ser estudiantes (ver tabla 1). La edad del inicio de la vida sexual fue entre los 9 y 18 años ( $M=14.28$ ,  $DE=1.53$ ).

**Tabla 1**

*Frecuencias de los datos de identificación general*

Variable	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	137	57.10
Femenino	103	42.90
Ocupación		
Estudia	150	62.50
Estudia y trabaja	79	32.90
Trabaja y no estudia	5	2.10
Ninguno	6	2.50

*Nota.*  $n = 240$ ;  $f$  = Frecuencia; % = Porcentaje.

El 50.80% ( $f=122$ ) de los participantes refirió hablar el Mixteco como lengua materna y el 91.70% ( $f=220$ ) de los adolescentes contestó que sus padres hablan de igual forma el Mixteco, así también, el 26.30% ( $f=63$ ) se consideró como afrodescendiente. Sin embargo, a pesar que todos los participantes incluidos a la muestra final se declararon ser de origen étnico, el 46.70% ( $f=112$ ) de los adolescentes señaló que no hablaban ninguna lengua Indígena, mientras que el 3.80% ( $f=9$ ) mencionó que sus padres no eran hablantes de alguna lengua Indígena (Tabla 2).

**Tabla 2***Etnia de los participantes*

Variable	<i>f</i>	%
Adolescente hablante de lengua Indígena		
Mixteco	122	50.80
Tlapaneco	5	2.10
Zapoteco	1	.40
Ninguno	112	46.70
Padre hablante de lengua Indígena		
Mixteco	220	91.70
Mixteco/Zapoteco	2	.80
Zapoteco	2	.80
Tlapaneco	6	2.50
Chinanteco	1	.40
Ninguno	9	3.80

*Nota.*  $n = 240$ ;  $f =$  Frecuencia; % = Porcentaje.

*Continúa...*

**Tabla 2***Etnia de los participantes (continuación)*

Variable	<i>f</i>	%
Adolescente que se considera afrodescendiente		
Sí	63	26.30
No	119	49.60
No aplica	58	24.20

*Nota.*  $n = 240$ ;  $f$  = Frecuencia; % = Porcentaje.

En cuanto a la frecuencia del uso de anticonceptivos en la primera relación sexual fue de 64.60% ( $f=155$ ) donde los más utilizados fueron el condón masculino con el 55.80% ( $f=134$ ) y la anticoncepción de emergencia oral con el 8.30% ( $f=20$ ), cabe destacar que el 35% ( $f=84$ ) de los participantes no utilizó ningún método anticonceptivo en el inicio de su vida sexual (Tabla 3).

**Tabla 3***Anticonceptivos más utilizados en el inicio de la vida sexual*

Variable	<i>f</i>	%
Condón masculino	134	55.80
Anticoncepción de emergencia oral	20	8.30
Coito interrumpido	5	2.10
Condón femenino	5	2.10
Método del ritmo	3	1.30
Ninguno	84	35.00

*Nota.*  $n = 240$ ;  $f$  = Frecuencia; % = Porcentaje.

### ***Confiabilidad de los Instrumentos***

En la tabla 4 se muestra el análisis de consistencia interna de los instrumentos por medio del alfa de Cronbach. En cada una de las escalas y subescalas se obtuvieron coeficientes aceptables (Grove & Gray, 2019, pp. 395).

**Tabla 4**

#### *Confiabilidad de los instrumentos*

Instrumentos	Ítems	$\alpha$
Identidad Étnica	17	.74
Actitudes hacia el uso de anticonceptivos	32	.84
Actitudes positivas	17	.88
Actitudes negativas	15	.80
Puntuación total de Conducta Anticonceptiva	5	.78
Uso de métodos de planificación familiar	3	.77
Prevención proactiva	2	.61

*Nota.*  $n = 240$ ;  $\alpha =$  Alfa de Cronbach.

### ***Descripción de las Variables del Estudio***

Se obtuvieron medias y desviaciones estándar para responder el objetivo sobre describir la identidad étnica, actitudes hacia el uso de anticonceptivos y de sus subescalas actitudes positivas y actitudes negativas, la conducta anticonceptiva y sus subescalas UMPF y prevención proactiva, y por último se presentan los datos descriptivos para el ítem uso actual de métodos anticonceptivos.

La variable identidad étnica presento una media de  $M=1.79$  ( $DE=0.38$ ) lo cual indica una identidad étnica entre poco y bien de los participantes. Referente a las actitudes hacia el uso de anticonceptivos su media fue de  $M=3.51$  ( $DE=0.48$ ), de manera



similar en el caso de las actitudes positivas la media fue de  $M=3.53$  ( $DE=0.71$ ) y en el caso de las actitudes negativas una media de  $M=3.49$  ( $DE=0.58$ ), lo cual indica una actitud entre indecisa y de acuerdo para la escala total y sus subescalas.

Respecto a la conducta anticonceptiva la media fue de  $M=2.64$  ( $DE=0.82$ ) y para la dimensión UMPF la media fue de  $M=2.70$  ( $DE=0.97$ ) y la dimensión de prevención proactiva presentó una media de  $M=2.55$ , ( $DE=0.87$ ) lo cual indica que a veces y muchas veces realizan conductas anticonceptivas. Por otra parte, el uso actual de métodos anticonceptivos fue de 72.90% ( $f=175$ ) (Tabla 5).

**Tabla 5**

*Descripción de las variables del estudio*

Variable	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Identidad étnica	1.79	0.38	0.76	2.88
Actitudes hacia el uso de anticonceptivos	3.51	0.48	2.22	4.91
Actitudes positivas	3.53	0.71	1.18	4.88
Actitudes negativas	3.49	0.58	1.53	4.93
Conducta anticonceptiva	2.64	0.82	1.00	4.00
UMPF	2.70	0.97	1.00	4.00
Prevención proactiva	2.55	0.87	1.00	4.00

*Nota.*  $n = 240$ ; *M* = media; *DE* = desviación estándar; *Min* = mínimo; *Max* = máximo.

## **Análisis Inferencial**

### ***Prueba de Normalidad***

Se realizó el análisis de normalidad con la prueba Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors. Se observó que en todos los casos la significancia estadística

resultó  $p < .05$ . Por lo que ninguna de las variables incluidas en el estudio presentó una distribución normal (Tabla 6).

**Tabla 6**

*Prueba de normalidad*

Variable	<i>Da</i>	<i>p</i>
Identidad étnica	.07	.001
Actitudes hacia el uso de anticonceptivos	.06	.008
Actitudes positivas	.11	.001
Actitudes negativas	.06	.037
Conducta anticonceptiva	.10	.001
UMPF	.13	.001
Prevención proactiva	.14	.001

*Nota.*  $n = 240$ ; *Da* = Estadístico de Normalidad con Corrección de Lilliefors;  $p > .05$ .

***Diferencias de las Variables del Estudio de Acuerdo al Sexo***

Para responder el objetivo sobre describir las diferencias de acuerdo con el sexo, en las actitudes hacia el uso de anticonceptivos, la identidad étnica y la conducta anticonceptiva en adolescentes Indígenas, se realizó la prueba para estadística no paramétrica U de Mann-Whitney. En donde se observa que, en la identidad étnica ( $Mdn=1.88$ ,  $p < .05$ ), las actitudes hacia el uso de anticonceptivos ( $Mdn=3.53$ ,  $p < .05$ ) y en las actitudes negativas hacia el uso de anticonceptivos ( $Mdn=3.60$ ,  $p < .05$ ) las mujeres obtuvieron medianas significativamente más altas en comparación con los hombres (Tabla 7).

**Tabla 7***Diferencias de las variables del estudio de acuerdo al sexo*

Variable	Hombres			Mujeres			U	p
	M	DE	Mdn	M	DE	Mdn		
Identidad étnica	1.73	0.36	1.70	1.87	0.39	1.88	5528.00	.004
Actitudes hacia el uso de anticonceptivos	3.45	0.44	3.40	3.59	0.52	3.53	5836.00	.022
Actitudes positivas	3.48	0.67	3.52	3.59	0.77	3.64	6129.50	.082
Actitudes negativas	3.42	0.59	3.33	3.59	0.55	3.60	5808.00	.019
Conducta anticonceptiva	2.61	0.81	2.60	2.66	0.83	2.80	6747.00	.561
UMPF	2.68	0.96	2.66	2.72	0.98	3.00	6936.50	.822
Prevención proactiva	2.51	0.88	2.50	2.59	0.87	2.50	6658.50	.449

*Nota.* n hombres = 137, n mujeres = 103; M = media; DE = desviación estándar;

Mdn = mediana; U = U de Mann-Whitney;  $p < .05$ .

De igual forma, se contempló dentro del análisis estadístico la variable categórica uso actual de métodos anticonceptivos con opciones de respuesta de sí y no, con el fin de apoyar la medición de la conducta anticonceptiva en adolescentes Indígenas. Para describir diferencias de acuerdo al sexo se realizó la prueba V de Cramér la cual presentó significancia estadística ( $V=.154, p<.05$ ). En la tabla número ocho se muestra que el 78.80% ( $f=108$ ) de los hombres pertenecen mayormente al grupo de sí usar métodos anticonceptivos actualmente, en comparación a las mujeres con el 65% ( $f=67$ ).

**Tabla 8***Uso actual de métodos anticonceptivos de acuerdo al sexo*

Variable	Hombres		Mujeres	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Uso actual de métodos anticonceptivos				
Sí	108	78.80	67	65.00
No	29	21.20	36	35.00

*Nota.* *n* hombres = 137, *n* mujeres = 103; *f* = Frecuencia; % = Porcentaje.

### ***Correlación de Spearman de las Variables del Estudio***

Para responder a la primera hipótesis sobre la relación positiva entre la identidad étnica y las actitudes hacia el uso de anticonceptivos con la conducta anticonceptiva se calcularon coeficientes de correlación de Spearman ( $r_s$ ).

Se observa que la identidad étnica mostró relaciones débiles y significativas con las actitudes hacia el uso de anticonceptivos ( $r_s=.298, p<.01$ ) y sus subescalas actitudes positivas ( $r_s=.249, p<.01$ ) y actitudes negativas ( $r_s=.253, p<.01$ ). A mayor identidad étnica mayores actitudes hacia el uso de anticonceptivos. Asimismo, la identidad étnica mostró relaciones débiles y significativas con la conducta anticonceptiva ( $r_s=.390, p<.01$ ) y con sus dimensiones de UMPF ( $r_s=.368, p<.01$ ) y prevención proactiva ( $r_s=.293, p<.01$ ). A mayor identidad étnica mayor conducta anticonceptiva.

Se observan relaciones muy débiles y positivas entre las actitudes hacia el uso de anticonceptivos y la conducta anticonceptiva ( $r_s=.135, p<.05$ ) junto con su dimensión de prevención proactiva ( $r_s=.170, p<.01$ ). De igual forma, las actitudes positivas mostraron relaciones muy débiles y positivas con la conducta anticonceptiva ( $r_s=.145, p<.05$ ) y la prevención proactiva ( $r_s=.177, p<.01$ ). A su vez, las actitudes negativas reflejaron relación muy débil y positiva con la conducta anticonceptiva ( $r_s=.191, p<.01$ ), la

dimensión UMPF ( $r_s=.181, p<.01$ ) y la dimensión de prevención proactiva ( $r_s=.165, p<.05$ ). Se encontró que mayores puntajes de actitudes tanto positivas como negativas mayor es el uso de anticonceptivos (Tabla 9).

**Tabla 9**

*Correlación de Spearman de las variables del estudio*

Variable	1	2	3	4	5	6	7
1. Identidad étnica	1						
2. Actitudes hacia el uso de anticonceptivos	.298**	1					
3. Actitudes positivas	.249**	.837**	1				
4. Actitudes negativas	.253**	.619**	.214**	1			
5. Conducta anticonceptiva	.390**	.135*	.145*	.191**	1		
6. UMPF	.368**	.097	.099	.181**	.931**	1	
7. Prevención proactiva	.293**	.170**	.177**	.165*	.770**	.505**	1

*Nota.*  $n = 240$ ; \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ .

***Modelo de Mediación Simple de las Variables del Estudio***

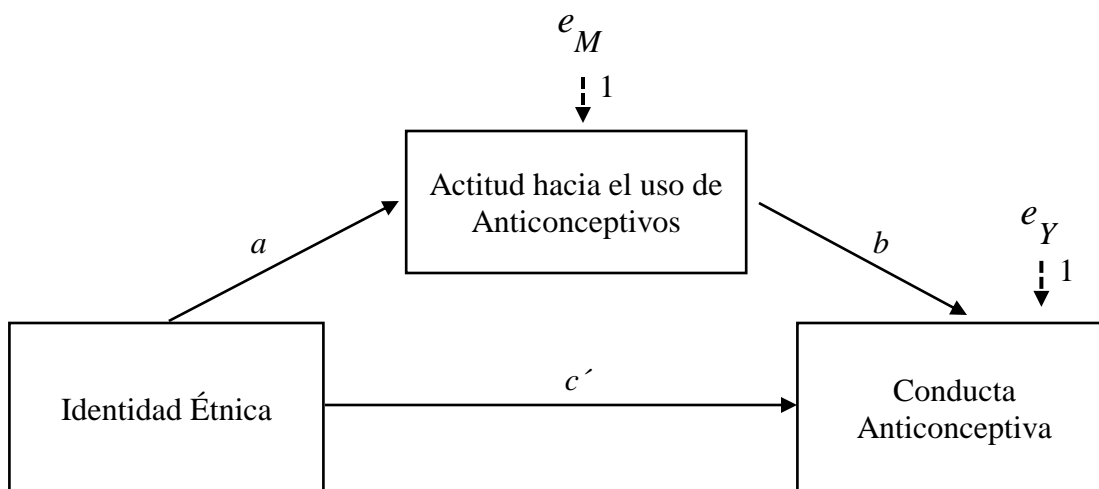
Para dar respuesta a la segunda hipótesis 2) la identidad étnica influye en la conducta anticonceptiva teniendo a las actitudes hacia el uso de anticonceptivos como mediador, se realizó un análisis de mediación siguiendo los pasos propuestos por Andrew F. Hayes (2018) para identificar los efectos directos e indirectos de las variables.

Como se refleja en la figura 4, el efecto directo ( $c$ ) hace referencia a la vía que va desde la identidad étnica hasta la conducta anticonceptiva mientras se controla la variable mediadora; el efecto indirecto ( $ab$ ) hace referencia al efecto de la identidad étnica en la conducta anticonceptiva a través de la variable mediadora y el efecto total

(c) hace referencia a la suma de los efectos directos e indirectos de la identidad étnica sobre la conducta anticonceptiva, este último efecto total ocurre cuando la variable mediadora es excluida.

#### Figura 4

*Modelo de mediación de las variables del estudio*



*Nota.* Modelo de mediación simple de las actitudes hacia el uso de anticonceptivos entre la identidad étnica y la conducta anticonceptiva de acuerdo a los pasos de Hayes (2018).

De acuerdo a los pasos descritos por Hayes (2018), como se muestra en la tabla 10, el efecto directo que va de la variable independiente, en este caso la identidad étnica a la variable dependiente, es decir, la conducta anticonceptiva ( $c' = .756, p < .001$ ) mostró significancia estadística, sin embargo, el efecto ( $b$ ) de la variable mediadora en este sentido la actitud hacia el uso de anticonceptivos a la variable dependiente no resultó significativo.

**Tabla 10***Efecto directo sobre la conducta anticonceptiva*

Variable independiente	Efecto	DE	t	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Identidad étnica	.756	.136	5.553	.000	.488	1.024
Actitudes hacia el uso de anticonceptivos	.075	.107	.696	.486	-.137	.287

*Nota.*  $n = 240$ ;  $DE$  = desviación estándar;  $p < .05$ ;  $IC$  = Intervalo de confianza.

Por otra parte, se encontraron resultados significativos en el efecto total ( $c=.786, p<.05$ ), sin embargo, el efecto indirecto que va de la variable independiente hacia la variable dependiente a través de la variable mediadora no resultó significativo, esto último considerando en cuanto que el valor cero está incluido en el intervalo de confianza del 95%, lo cual significa que la identidad étnica no influye en la conducta anticonceptiva teniendo a las actitudes hacia el uso de anticonceptivos como mediador (Tabla 11).

**Tabla 11***Efecto total e indirecto sobre la conducta anticonceptiva*

Variable independiente	Variable mediadora	Efecto	p	IC 95%	
				Inferior	Superior
Identidad étnica		.786	.000	.532	1.040
	Actitudes hacia el uso de anticonceptivos				
Identidad étnica		.030	.486	-.058	.127

*Nota.*  $n = 240$ ;  $p < .05$ ;  $IC$  = Intervalo de confianza.

Para dar respuesta al objetivo general sobre analizar el efecto del sexo, actitudes hacia el uso de anticonceptivos e identidad étnica en la conducta anticonceptiva en adolescentes Indígenas. Se realizaron modelos de regresión lineal múltiple y modelos de regresión logística. A continuación, se presentan los resultados de la regresión lineal para el modelo inicial utilizando la técnica enter y posteriormente utilizando la técnica backward para el modelo final.

En el primer modelo se tomaron como variables independientes, el sexo, la identidad étnica y las actitudes hacia el uso de anticonceptivos. El modelo inicial para la conducta anticonceptiva fue significativo ( $F_{[3,236]}=12.71, p<.001$ ) explicando el 12.8% de la varianza. De las variables que integran este modelo sólo la identidad étnica tuvo un efecto grande y positivo sobre la conducta anticonceptiva. Esto quiere decir que a mayor identidad étnica ( $\beta=.36, t=5.59, p<.001$ ) mayor es la probabilidad de practicar una conducta anticonceptiva más favorable (Tabla 12).

**Tabla 12**

*Sexo, identidad étnica y actitudes hacia el uso de anticonceptivos sobre la conducta anticonceptiva (modelo inicial)*

Variable	$\beta$	DE	t	p
Constante	1.07	.39	2.75	.006
Sexo	-.04	.10	-.73	.464
Identidad étnica	.36	.13	5.59	.001
Actitudes hacia el uso de anticonceptivos	.04	.10	.75	.449

*Nota.*  $n = 240$ ; Variable dependiente = conducta anticonceptiva;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar;  $p < .05$



Utilizando la técnica backward, se obtuvieron 3 modelos de los que se eliminaron las variables sexo y actitudes hacia el uso de anticonceptivos. El modelo final para la variable conducta anticonceptiva fue significativo ( $F_{[1,238]}=37.26, p < .001$ ) y explica el 13.2% de la varianza. De igual forma la identidad étnica tuvo un efecto grande y positivo sobre la conducta anticonceptiva ( $\beta=.36, t=6.10, p < .001$ ).

De igual manera, se realizaron modelos de regresión logística para la variable uso actual de métodos anticonceptivos. El modelo inicial para el uso actual de métodos anticonceptivos fue significativo ( $\chi^2_{[3,236]}=19.31, p < .001$ ) y explica el 11.2% de la varianza. De las variables que integran este modelo el sexo (hombre) y las actitudes hacia el uso de anticonceptivos tuvieron un efecto grande y positivo sobre el uso actual de métodos anticonceptivos. Esto quiere decir que, ser hombre, tiene mayor probabilidad de sí usar actualmente métodos anticonceptivos ( $\beta=.95, OR=2.59, p < .05$ ) en comparación con las mujeres y a mayores actitudes hacia el uso de anticonceptivos ( $\beta=.92, OR=2.52, p < .05$ ) mayor es la probabilidad de sí usar actualmente métodos anticonceptivos (Tabla 13).

**Tabla 13**

*Sexo, identidad étnica y actitudes hacia el uso de anticonceptivos sobre el uso actual de métodos anticonceptivos (modelo inicial)*

Variable	B	DE	Wald	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	-4.01	1.33	9.00	.003		
Sexo(hombre)	.95	.31	9.21	.002	1.40	4.80

*Nota.*  $n = 240$ ; Variable dependiente = uso actual de métodos anticonceptivos;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar;  $p < .05$ ; IC = Intervalo de confianza.

*Continúa...*

**Tabla 13**

*Sexo, identidad étnica y actitudes hacia el uso de anticonceptivos sobre el uso actual de métodos anticonceptivos (continuación)*

Variable	B	DE	Wald	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	-4.01	1.33	9.00	.003		
Identidad étnica	.73	.43	2.85	.091	.88	4.86
Actitudes hacia el uso de anticonceptivos	.92	.34	7.11	.008	1.27	4.97

*Nota.*  $n = 240$ ; Variable dependiente = uso actual de métodos anticonceptivos;  $\beta$  = coeficiente de regresión;  $DE$  = desviación estándar;  $p < .05$ ;  $IC$  = Intervalo de confianza.

A continuación, se presenta el modelo de regresión logística (final) utilizando la técnica backward en donde se obtuvieron 2 modelos de los cuáles se eliminó la variable identidad étnica. El modelo final para el uso actual de métodos anticonceptivos fue significativo ( $\chi^2_{[2,237]}=16.3, p<.001$ ) y explica el 9.6% de la varianza.

Como se muestra en la tabla número 14, de las variables que integran este modelo el sexo (hombre) y las actitudes hacia el uso de anticonceptivos tuvieron un efecto grande y positivo sobre el uso actual de métodos anticonceptivos. Esto quiere decir que, ser hombre, tiene mayor probabilidad de usar actualmente métodos anticonceptivos ( $\beta=.85, OR=2.35, p<.05$ ) en comparación con las mujeres y a mayores actitudes hacia el uso de anticonceptivos ( $\beta=1.05, OR=2.86, p<.05$ ) mayor es la probabilidad de usar actualmente métodos anticonceptivos.

**Tabla 14**

*Sexo, identidad étnica y actitudes hacia el uso de anticonceptivos sobre el uso actual de métodos anticonceptivos (modelo final-backward)*

Variable	B	DE	Wald	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	-3.11	1.19	6.75	.009		
Sexo(hombre)	.85	.30	7.83	.005	1.29	4.29
Actitudes hacia el uso de anticonceptivos	1.05	.33	9.81	.002	1.48	5.52

*Nota.*  $n = 240$ ; Variable dependiente = uso actual de métodos anticonceptivos;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar;  $p < .05$ ; IC = Intervalo de confianza.

A continuación, se presenta el modelo de regresión lineal múltiple con la técnica enter en donde se tomaron como variables independientes, el sexo, la identidad étnica y las actitudes positivas y negativas hacia el uso de anticonceptivos. El modelo inicial para la conducta anticonceptiva fue significativo ( $F_{[4,235]}=9.97, p<.001$ ) explicando el 13.1% de la varianza.

Como se muestra en la tabla número 15, de las variables que integran este modelo únicamente la identidad étnica tuvo un efecto grande y positivo sobre la conducta anticonceptiva. Esto quiere decir que a mayor identidad étnica ( $\beta=.35, t=5.53, p<.001$ ) mayor es la probabilidad de practicar una conducta anticonceptiva más favorable.

**Tabla 15**

*Sexo, identidad étnica y actitudes positivas y negativas hacia el uso de anticonceptivos sobre la conducta anticonceptiva (modelo inicial)*

Variable	$\beta$	DE	t	p
Constante	.96	.39	2.42	.016
Sexo	-.05	.10	-.81	.416
Identidad étnica	.35	.13	5.53	.000
Actitudes positivas	-.00	.07	-.13	.891
Actitudes negativas	.09	.08	1.48	.138

*Nota.*  $n = 240$ ; Variable dependiente = conducta anticonceptiva;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar;  $p < .05$

En el modelo de regresión lineal múltiple (final) utilizando la técnica backward, se obtuvieron 4 modelos de los que se eliminaron las siguientes variables en su respectivo orden: actitudes positivas, sexo y actitudes negativas. El modelo final para la variable conducta anticonceptiva fue significativo ( $F_{[1,238]}=37.26, p<.001$ ) y explica el 13.2% de la varianza. De igual forma la identidad étnica tuvo un efecto grande y positivo sobre la conducta anticonceptiva ( $\beta=.36, t=6.10, p<.001$ ).

Así mismo, se realizaron modelos de regresión logística para la variable uso actual de métodos anticonceptivos teniendo como variables independientes el sexo, la identidad étnica y las actitudes positivas y negativas hacia el uso anticonceptivos.

El modelo inicial para el uso actual de métodos anticonceptivos fue significativo ( $\chi^2_{[4,235]}=19.36, p<.001$ ) y explica el 11.2% de la varianza. De las variables que integran este modelo el sexo (hombre) y las actitudes positivas hacia el uso de anticonceptivos tuvieron un efecto grande y positivo sobre el uso actual de métodos anticonceptivos, a su vez. Esto quiere decir que, ser hombre, tiene mayor probabilidad de usar actualmente

métodos anticonceptivos ( $\beta=.95$ ,  $OR=2.60$ ,  $p<.05$ ) en comparación con las mujeres y a mayores actitudes positivas hacia el uso de anticonceptivos ( $\beta=.46$ ,  $OR=1.59$ ,  $p<.05$ ) mayor es la probabilidad de usar actualmente métodos anticonceptivos (Tabla 16).

**Tabla 16**

*Sexo, identidad étnica y actitudes positivas y negativas hacia el uso de anticonceptivos sobre el uso actual de métodos anticonceptivos (modelo inicial)*

Variable	B	DE	Wald	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	-4.10	1.39	8.65	.003		
Sexo(hombre)	.95	.31	9.25	.002	1.40	4.83
Identidad étnica	.72	.43	2.80	.094	.88	4.84
Actitudes positivas	.46	.21	4.86	.027	1.05	2.42
Actitudes negativas	.48	.27	3.01	.083	.94	2.79

*Nota.*  $n = 240$ ; Variable dependiente = uso actual de métodos anticonceptivos;  $\beta$  = coeficiente de regresión;  $DE$  = desviación estándar;  $p < .05$ ;  $IC$  = Intervalo de confianza.

Se presenta el modelo de regresión logística (final) utilizando la técnica backward en donde se obtuvieron dos modelos de los cuales se eliminó la variable identidad étnica. El modelo final para el uso actual de métodos anticonceptivos fue significativo ( $\chi^2_{[3,236]}=16.48$ ,  $p<.001$ ) y explica el 9.6% de la varianza. De las variables que integran este modelo el sexo (hombre) y las actitudes positivas hacia el uso de anticonceptivos tuvieron un efecto grande y positivo sobre el uso actual de métodos anticonceptivos, a su vez, las actitudes negativas hacia el uso de anticonceptivos tuvieron un efecto grande y negativo sobre el uso actual de métodos anticonceptivos.

Esto quiere decir que, ser hombre, tiene mayor probabilidad de usar actualmente métodos anticonceptivos ( $\beta=.86$ ,  $OR=2.37$ ,  $p<.05$ ) en comparación con las mujeres, a mayores actitudes positivas hacia el uso de anticonceptivos ( $\beta=.52$ ,  $OR=1.69$ ,  $p<.05$ ) mayor es la probabilidad de usar actualmente métodos anticonceptivos. A mayores actitudes negativas hacia el uso de anticonceptivos ( $\beta=.56$ ,  $OR=1.75$ ,  $p<.05$ ) menor es la probabilidad de usar actualmente métodos anticonceptivos (Tabla 17).

**Tabla 17**

*Sexo, identidad étnica y actitudes positivas y negativas hacia el uso de anticonceptivos sobre el uso actual de métodos anticonceptivos (modelo final-backward)*

Variable	B	DE	Wald	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Constante	-3.23	1.26	6.54	.011		
Sexo(hombre)	.86	.30	7.91	.005	1.30	4.34
Actitudes positivas	.52	.20	6.31	.012	1.12	2.54
Actitudes negativas	.56	.27	4.27	.039	1.02	2.98

*Nota.*  $n = 240$ ; Variable dependiente = uso actual de métodos anticonceptivos;  $\beta$  = coeficiente de regresión;  $DE$  = desviación estándar;  $p < .05$ ;  $IC$  = Intervalo de confianza.

Se presenta el modelo de regresión lineal múltiple con la técnica enter para la dimensión UMPF perteneciente a la conducta anticonceptiva, teniendo como variables independientes el sexo, la identidad étnica y las actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos. El modelo inicial fue significativo ( $F_{[3,236]}=10.78$ ,  $p<.001$ ) explicando el 10.9% de la varianza.

De las variables que integran este modelo sólo la identidad étnica tuvo un efecto grande y positivo sobre la conducta anticonceptiva. Esto quiere decir que a mayor identidad étnica ( $\beta=.35$ ,  $t=5.39$ ,  $p<.001$ ) mayor es la probabilidad de practicar una conducta anticonceptiva más favorable (Tabla 18).

**Tabla 18**

*Sexo, identidad étnica y actitudes hacia el uso de anticonceptivos sobre UMPF (modelo inicial)*

Variable	$\beta$	DE	t	p
Constante	1.21	.46	2.59	.010
Sexo	-.05	.12	-.79	.425
Identidad étnica	.35	.16	5.39	.001
Actitudes hacia el uso de anticonceptivos	.00	.13	.06	.949

*Nota.*  $n = 240$ ; Variable dependiente = UMPF;  $\beta$  = coeficiente de regresión;

DE = desviación estándar;  $p < .05$

En el modelo de regresión lineal múltiple (final) utilizando la técnica backward, se obtuvieron 3 modelos de los que se eliminaron las siguientes variables en su respectivo orden: actitudes hacia el uso de anticonceptivos y sexo. El modelo final para la variable UMPF fue significativo ( $F_{[1,238]}=31.90$ ,  $p<.001$ ) y explica el 11.5% de la varianza. De igual forma la identidad étnica tuvo un efecto grande y positivo sobre el UMPF ( $\beta=.34$ ,  $t=5.64$ ,  $p<.001$ ).

Se presenta el modelo de regresión lineal múltiple en donde se tomaron como variables independientes, el sexo, la identidad étnica y las actitudes positivas y negativas hacia el uso de anticonceptivos. El modelo inicial para el UMPF ( $F_{[4,235]}=8.71$ ,  $p<.001$ ) explicando el 11.4% de la varianza.

De las variables que integran este modelo sólo la identidad étnica tuvo un efecto grande y positivo sobre el uso de métodos de planificación familiar. Esto quiere decir que a mayor identidad étnica ( $\beta=.34$ ,  $t=5.33$ ,  $p<.001$ ) mayor es la probabilidad de usar métodos de planificación familiar (Tabla 19).

**Tabla 19**

*Sexo, identidad étnica y actitudes positivas y negativas hacia el uso de anticonceptivos sobre UMPF (modelo inicial)*

Variable	$\beta$	DE	t	p
Constante	1.05	.47	2.21	.027
Sexo	-.05	.12	-.89	.371
Identidad étnica	.34	.16	5.33	.001
Actitudes positivas	-.05	.08	-.83	.403
Actitudes negativas	.08	.10	1.28	.201

*Nota.*  $n = 240$ ; Variable dependiente = UMPF;  $\beta$  = coeficiente de regresión;

DE = desviación estándar;  $p < .05$

En el modelo de regresión lineal múltiple (final) utilizando la técnica backward, se obtuvieron 4 modelos de los que se eliminaron las siguientes variables en su respectivo orden: actitudes positivas, sexo y actitudes negativas. El modelo final para la variable UMPF fue significativo ( $F_{[1,238]}=31.90$ ,  $p<.001$ ) y explica el 11.5% de la varianza. De igual forma la identidad étnica tuvo un efecto grande y positivo sobre el uso de métodos de planificación familiar ( $\beta=.34$ ,  $t=5.64$ ,  $p<.001$ ).

Se realizó el modelo de regresión lineal múltiple con la técnica enter para la dimensión prevención proactiva perteneciente a la conducta anticonceptiva, en donde se tomaron como variables independientes, el sexo, la identidad étnica y las actitudes hacia



el uso de anticonceptivos. El modelo inicial para la prevención proactiva fue significativo ( $F_{[3,236]}=8.12, p<.001$ ) explicando el 08.2% de la varianza. De las variables que integran este modelo sólo la identidad étnica tuvo un efecto grande y positivo sobre la prevención proactiva. Esto quiere decir que a mayor identidad étnica ( $\beta=.25, t=3.90, p<.001$ ) mayor es la probabilidad de llevar a cabo una prevención proactiva (Tabla 20).

**Tabla 20**

*Sexo, identidad étnica y actitudes hacia el uso de anticonceptivos sobre prevención proactiva (modelo inicial)*

Variable	$\beta$	DE	t	p
Constante	.86	.42	2.03	.043
Sexo	-.02	.11	-.36	.715
Identidad étnica	.25	.15	3.90	.001
Actitudes hacia el uso de anticonceptivos	.10	.11	1.62	.105

*Nota.*  $n = 240$ ; Variable dependiente = prevención proactiva;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar;  $p < .05$

Del modelo de regresión lineal múltiple (final) utilizando la técnica backward, se obtuvieron 3 modelos de los que se eliminaron las siguientes variables en su respectivo orden: sexo y actitudes hacia el uso de anticonceptivos. El modelo final para la variable prevención proactiva fue significativo ( $F_{[1,238]}=21.63, p<.001$ ) y explica el 07.9% de la varianza. De igual forma la identidad étnica tuvo un efecto grande y positivo sobre la prevención proactiva ( $\beta=.28, t=4.65, p<.001$ ).

A continuación, se presenta el modelo de regresión lineal múltiple en donde se tomaron como variables independientes, el sexo, la identidad étnica y las actitudes

positivas y negativas hacia el uso de anticonceptivos. El modelo inicial para la prevención proactiva fue significativo ( $F_{[4,235]}=6.12, p<.001$ ) explicando el 07.9% de la varianza. De las variables que integran este modelo sólo la identidad étnica tuvo un efecto grande y positivo sobre la prevención proactiva. Esto quiere decir que a mayor identidad étnica ( $\beta=.25, t=3.87, p<.001$ ) mayor es la probabilidad de llevar a cabo una prevención proactiva (Tabla 21).

**Tabla 21**

*Sexo, identidad étnica y actitudes positivas y negativas hacia el uso de anticonceptivos sobre prevención proactiva (modelo inicial)*

Variable	$\beta$	DE	t	p
Constante	.82	.43	1.89	.060
Sexo	-.02	.11	-.39	.696
Identidad étnica	.25	.15	3.87	.001
Actitudes positivas	.06	.07	1.05	.291
Actitudes negativas	.08	.09	1.29	.197

*Nota.*  $n = 240$ ; Variable dependiente = prevención proactiva;  $\beta$  = coeficiente de regresión; DE = desviación estándar;  $p < .05$

En el modelo de regresión lineal múltiple (final) utilizando la técnica backward, se obtuvieron 4 modelos de los que se eliminaron las siguientes variables en su respectivo orden: sexo, actitudes positivas y actitudes negativas. El modelo final para la variable prevención proactiva fue significativo ( $F_{[1,238]}=21.63, p<.001$ ) y explica el 07.9% de la varianza. De igual forma la identidad étnica tuvo un efecto grande y positivo sobre la prevención proactiva ( $\beta=.28, t=4.65, p<.001$ ).

## Capítulo IV

### Discusión

A continuación, se realiza la discusión de los resultados de cada uno de los objetivos. Posteriormente se describen las limitaciones del estudio, se presentan las conclusiones y finalmente las recomendaciones a considerar para futuras investigaciones.

En relación al objetivo uno, describir el sexo, las actitudes hacia el uso de anticonceptivos, la identidad étnica y la conducta anticonceptiva en adolescentes Indígenas. Se encontró que los participantes presentaron una identidad étnica entre poco y bien, esto significa que la mayoría de los adolescentes tienen entre poca y buena percepción de pertenencia a su grupo Indígena, esto es similar a lo obtenido por Meneses-Tirado (2018) y a Homma et al (2015), en donde los participantes reflejaron cierto modo de importancia de pertenecer al grupo étnico o niveles moderados de identidad étnica, sin embargo existen otros estudios que han encontrado niveles más altos como el realizado por Añapa (2021) en donde los adolescentes evidenciaron altos niveles de identidad étnica, esto debido a que la mayoría de sus participantes daban mayor valor a que sus padres pertenecían y se consideraban del mismo grupo étnico.

En cuanto a la actitud hacia el uso de anticonceptivos, se encontró una actitud entre indecisa y de acuerdo, es decir, la mayoría de los adolescentes se encontraban indecisos o de acuerdo con la creencia positiva o negativa de usar anticonceptivos de corta o larga duración, esto es similar a lo reportado por Meneses-Tirado (2018) quien encontró una actitud neutra de los adolescentes hacia el uso del condón, aunque es diferente a Ramírez-Espinobarros (2021), en donde la mayoría de los participantes tuvieron una actitud anticonceptiva positiva, una explicación al anterior estudio es haber sido realizado únicamente en el contexto de las mujeres adolescentes quienes presentan mayor afinidad en tener actitudes positivas (Bukuluki et al., 2021; Sanjuan-Meza et al., 2019).

Para el caso de la conducta anticonceptiva, la mayoría de los participantes realizaban a veces o muchas veces un uso correcto y sostenido de anticonceptivos de corta o larga duración, esto concuerda con Benavides-Torres et al. (2023) en donde los adolescentes Indígenas reflejaron practicar sexo seguro a través del uso del condón, sin embargo, difiere de Ramírez-Espinobarros (2021), quien reportó un bajo uso de anticonceptivos, esto se debe a que contempló únicamente a mujeres adolescentes quienes suelen ser sexualmente menos activas que los hombres (Gabster et al., 2019), así también como al menor uso y acceso de los servicios de salud, a la falta de información sobre anticonceptivos y a la irresponsabilidad al momento del acto sexual (Pelcastre-Villafuerte et al., 2020; Rodríguez-Cerda & Rocha-Valero, 2021).

El anticonceptivo más utilizado por los adolescentes Indígenas es el condón masculino, lo cual es semejante a Ramírez-Espinobarros (2021), Rodríguez-Cerda & Rocha-Valero (2021), Sanjuan-Meza et al. (2019) y a Meneses-Tirado (2018), en donde la mayoría de los participantes refirieron haber usado el preservativo a la hora de tener relaciones sexuales, lo anterior se debe a que es un anticonceptivo de fácil acceso, con bajo costo o libre distribución y al no tener efectos secundarios (Hubert et al., 2020; Todd & Black, 2020).

En cuanto al objetivo dos, describir las diferencias de acuerdo con el sexo, en las actitudes hacia el uso de anticonceptivos, la identidad étnica y la conducta anticonceptiva en adolescentes Indígenas. Se encontró que las adolescentes mujeres presentaron mayor percepción de pertenencia a su grupo Indígena y mayores creencias positivas o negativas hacia el uso de anticonceptivos en comparación que los hombres, esto es similar a Meneses-Tirado (2018) y a Ma et al. (2014), en donde las mujeres presentaron mayores actitudes hacia el uso del condón y mayor orientación cultural más fuerte que los hombres (Sanjuan-Meza et al., 2019)

De igual manera, se encontró que los hombres pertenecen mayormente al grupo de sí usar anticonceptivos actualmente, esto significa que los adolescentes hombres

mayormente usan anticonceptivos en la actualidad a diferencia de las mujeres, esto es semejante a Menkes et al. (2019) en donde los adolescentes Indígenas varones han utilizado mayormente anticonceptivos en los últimos seis meses, esto se debe a que ellos suelen ser sexualmente más activos que las mujeres Bauzá et al. (2018).

En cuanto a la primera hipótesis, existe una relación positiva entre la identidad étnica y las actitudes hacia el uso de anticonceptivos con la conducta anticonceptiva. Se encontró que, a mayor percepción de pertenencia al grupo Indígena, mayor es la creencia positiva o negativa hacia el uso de anticonceptivos, esto significa que aquellos adolescentes que expresaron mayor percepción de pertenencia a su grupo indígena, tenían una mayor creencia positiva o negativa hacia el uso de anticonceptivos, esto concuerda con Benavides-Torres et al. (2023) en donde los adolescentes que presentaron mayor grado de pertenencia hacía su grupo étnico mayor era la creencia positiva hacia el uso del condón.

De igual forma, se encontró que a mayor grado de percepción de pertenencia al grupo étnico mayor es el grado de uso correcto y sostenido de anticonceptivos de corta o larga duración es decir, aquellos adolescentes que expresaron mayor grado de percepción de pertenencia a su grupo étnico reflejaron mayor grado de uso correcto y sostenido de anticonceptivos de corta o larga duración, esto es similar a Meneses-Tirado (2018) en donde los adolescentes con mayor grado de pertenencia hacia su grupo étnico tenían un mayor uso del condón. Esto se explica a que los valores culturales y la identidad étnica pudieran ser factores positivos relacionados con la conducta sexual segura y el uso de anticonceptivos en adolescentes de origen Indígena (Homma et al., 2015; Ma et al., 2014).

En cuanto al objetivo general analizar el efecto del sexo, identidad étnica y actitudes hacia el uso de anticonceptivos en la conducta anticonceptiva en adolescentes Indígenas. Se encontró que, el sexo tuvo un efecto grande y positivo sobre el uso actual de métodos anticonceptivos esto quiere decir que aquellos adolescentes que expresaron

ser hombres, tenían mayor probabilidad de usar actualmente métodos anticonceptivos en comparación con las mujeres, lo cual es similar a Hubert et al. (2020) y Ríos-Zertuche et al. (2017) en el que las mujeres adolescentes tenían las probabilidades más bajas de usar anticonceptivos o específicamente usar condón, esto se debe a que las adolescentes al pertenecer a hogares extremadamente pobres no pueden continuar con sus estudios por lo que prefieren la unión conyugal y por ende la reproducción (Nava-Navarro et al., 2019).

A su vez, se encontró que a mayor identidad étnica mayor es la probabilidad de practicar una conducta anticonceptiva más favorable, esto significa que aquellos adolescentes que expresaron mayor percepción de pertenencia a su grupo Indígena, tenían mayor probabilidad de un uso correcto y sostenido de anticonceptivos de corta o larga duración, lo cual es similar a Benavides-Torres et al. (2023) y a Ma et al. (2014) en donde aquellos adolescentes con mayor orientación cultural y mayor grado de pertenencia hacía su grupo étnico tenían mayores posibilidades para el uso del condón, pero difiere a los estudios de Ríos-Zertuche et al. (2017) y de la Vara-Salazar et al. (2020) los cuales refirieron que la etnia Indígena disminuye la probabilidad de uso de anticonceptivos, esto se debe a que los niveles más bajos de ingresos económicos y el origen étnico predisponen la iniciación sexual temprana en adolescentes Indígenas y por ende se tienen menores probabilidades de usar anticonceptivos, de igual forma se puede explicar por el menor acceso a la seguridad social y a los servicios de salud, ya que se reflejan condiciones estructurales de desigualdad hacia esta población (OPS, 2017; Pelcastre-Villafuerte et al., 2020).

Sin embargo, la identidad étnica puede considerarse como un factor protector para la conducta sexual segura y para el uso de anticonceptivos en los adolescentes Indígenas ya que puede promover un desarrollo saludable en los adolescentes y disminuir la exposición a conductas sexuales de riesgo (Benavides-Torres et al., 2023; Meneses-Tirado et al., 2018; Mindy et al., 2014). Existe evidencia que ha demostrado

que la identidad étnica no es una condición para no utilizar anticonceptivos y su vez no existe relación con el embarazo en la adolescencia, sino que estos problemas de salud son explicados por pertenecer a un estrato social bajo y tener una deficiente escolaridad (Sosa-Sánchez & Menkes Bancet, 2019). Lo anterior se debe a la presencia de los determinantes sociales de la salud principalmente la pobreza y un bajo nivel educativo (Pelcastre-Villafuerte et al., 2020). Ya que se ha evidenciado que tener una educación a nivel superior incrementa las posibilidades de usar condón en las relaciones sexuales (Hubert et al., 2020), por lo que se debe evitar caer en estigmas inconscientes hacia una población que sigue presentando discriminación y desigualdades a través de la historia.

Para el caso de las actitudes, aquellos adolescentes con mayores actitudes hacia el uso de anticonceptivos tenían mayores probabilidades de usar actualmente métodos anticonceptivos, al separar las actitudes en positivas y negativas se encontró que los adolescentes que expresaron mayor creencia positiva hacia el uso de anticonceptivos tenían mayor probabilidad de usar actualmente métodos anticonceptivos, lo cual es similar a lo reportado por Ramírez-Espinobarros (2021) y a Rodríguez-Cerda y Rocha-Valero (2021) en el que a mayores actitudes positivas existen mayores probabilidades de usar métodos anticonceptivos, esto se debe a que la mayoría de los adolescentes Indígenas tienen la creencia que es importante utilizar métodos anticonceptivos (Meneses-Tirado., 2018). Aquella actitud positiva hace que los adolescentes Indígenas creen que los anticonceptivos son cómodos al utilizarlos, además que no interfieren con el placer sexual y por ende hacen que sea más divertida la relación sexual, ya que tienen la percepción que se están protegiendo ante un posible embarazo o infección de transmisión sexual.

De igual forma aquellos adolescentes que expresaron mayor creencia negativa hacia el uso de anticonceptivos tenían menor probabilidad de usar actualmente métodos anticonceptivos esto es semejante a Meneses-Tirado (2018) en el que a mayores creencias negativas hacia el uso del condón menores son las posibilidades de usar el

condón por parte de los adolescentes Indígenas, lo anterior se debe a que en estas poblaciones existen de forma alternativa creencias negativas como el uso constante del condón no previene el embarazo o que las adolescentes sexualmente activas no pueden utilizar métodos anticonceptivos para evitar un embarazo no planeado (Bukuluki et al., 2021).

### **Limitaciones**

Respecto a los participantes, debido a la temática sensible que se estaba tratando y que en algunos contextos sigue siendo un tabú, es decir, la sexualidad y la manera del llenado de los instrumentos, en este caso el autorreporte, es posible que algunos participantes no hayan sido honestos en sus respuestas. Además, en esta población existe la presencia e interacción de múltiples determinantes sociales de la salud como la pobreza y el nivel educativo, este último pudo haber ocasionado que los adolescentes no comprendieran las preguntas de los cuestionarios, haciendo que las respuestas no hayan ido acorde al abordaje. De igual forma, hubo adolescentes que no obtuvieron el consentimiento de su padre, madre o tutor para participar en el estudio por lo que se presentó una tasa de rechazo del 48.98%, esto pudiera deberse a que los padres no querían evidenciar la falta de comunicación entre sus hijos respecto a temas de sexualidad, lo anterior se explica a que la mayoría de las comunidades pertenecían a un estrato socioeconómico bajo y con un nivel educativo deficiente.

En el aspecto del desarrollo metodológico, no se evaluó el uso de anticonceptivos a través del acceso a los servicios de salud, ya que se ha evidenciado que estas poblaciones presentan brechas en cuanto a servicios en materia de salud sexual y reproductiva, lo cual pudo haber ayudado a tener una explicación más amplia y detallada de la conducta anticonceptiva de los adolescentes Indígenas. De igual forma, se utilizó un muestreo de tipo no aleatorio y el tamaño de la muestra fue pequeño, por lo cual se vieron comprometidos los análisis de mayor potencia estadística.



A su vez, el instrumento de conducta anticonceptiva no fue el óptimo, ya que posiblemente los participantes no lograron comprender las preguntas a causa de las condiciones socioculturales como el nivel educativo, por lo que se decidió en usar el ítem dicotómico de uso actual de métodos anticonceptivos.

De manera general, aunque las variables del presente estudio están interaccionando entre sí, faltaron incluir otras variables que demanda el modelo conceptual, para visualizar mejores correlaciones y efectos. Y finalmente, los resultados obtenidos de la presente investigación, únicamente se generalizan a la población accesible ya descrita con anterioridad.

### **Conclusiones**

Los adolescentes Indígenas que participaron en el presente estudio iniciaron su vida sexual durante esta etapa de la vida. El anticonceptivo más utilizado en esta población es el condón masculino.

Las adolescentes mujeres presentaron mayor identidad étnica y mayores actitudes positivas o negativas hacia el uso de anticonceptivos en comparación que los hombres. De igual manera, los adolescentes hombres tienden mayormente a usar anticonceptivos en la actualidad a diferencia de las mujeres.

El estudio demostró relación positiva entre la identidad étnica y las actitudes positivas o negativas hacia el uso de anticonceptivos. Así también se halló relación positiva entre la identidad étnica y la conducta anticonceptiva.

Se encontró que el sexo (hombre) tuvo un efecto grande y positivo sobre el uso actual de métodos anticonceptivos. A su vez, se encontró que a mayor identidad étnica mayor es la conducta anticonceptiva. De igual forma las actitudes hacia el uso de anticonceptivos presentaron un efecto grande hacia el uso actual de métodos anticonceptivos, por lo que a mayores actitudes positivas mayor fue el uso actual de métodos anticonceptivos y a mayores actitudes negativas menor fue el uso actual de métodos anticonceptivos.

## **Recomendaciones**

En un primer nivel de atención otorgar consejería adecuada al contexto sociocultural de los adolescentes Indígenas, para que decidan utilizar el método de planificación familiar más adecuado para la prevención de embarazos no planeados, proporcionar instrucciones acerca de las medidas disponibles de protección durante las relaciones sexuales y a la prevención de conductas sexuales de riesgo. Así también el personal de enfermería debe implementar estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva para incidir en la disminución de los embarazos no planeados y reducir sus consecuencias.

Considerar investigaciones del paradigma cualitativo con la finalidad de indagar en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes de origen étnico, así también, enriquecer el campo del conocimiento en esta misma temática desde la perspectiva de la antropología, sociología, psicología e historia a fin de tener una realidad más integral del fenómeno de estudio.

Realizar intervenciones educativas basadas en la mejor evidencia científica disponible con el fin de mejorar el uso de anticonceptivos y disminuir las conductas sexuales de riesgo, en donde se consideren aquellos aspectos socioculturales presentes en la realidad de los adolescentes Indígenas.

Ampliar la muestra y utilizar una escala diferente para la medición de la variable resultado con la finalidad de realizar análisis estadísticos de tipo confirmatorio como el modelado de ecuaciones estructurales, lo cual puede generar mayor solidez en las interacciones entre las variables y servir como referente a futuras investigaciones y diseño de intervenciones educativas.

De igual forma, para tener una mayor apertura de la población, se recomienda que durante la recolección de los datos el investigador sea acompañado por un líder de la comunidad o en el caso de las instituciones educativas, tener una estrecha

coordinación con los directivos y personal docente, esto con la finalidad de captar mayores participantes y tener una baja tasa de rechazo.

Seguir utilizando el MOCSSAN como referente teórico para guiar futuras investigaciones, ya que el modelo hace que se tenga una explicación amplia y detallada de la conducta anticonceptiva en los adolescentes Indígenas desde una perspectiva social-cognitiva-cultural.

## Referencias

- Aguirre-Pérez, I. G. (2018). Monografía del pueblo amuzgo de Oaxaca y Guerrero (pp. 1–335). <https://www.inpi.gob.mx/2021/estudios/cdi-monografia-del-pueblo-amuzgo-de-oax-y-gro.pdf>
- Añapa, T. L. (2021). *Experiencias de aprendizaje de la identidad cultural Chachi* [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/2753/1/A%c3%b1apa%20Tapuyo%20Lucrecia.pdf>
- Ávila-Quiroz, M. B., Pérez-León, M. I., & Nahmad-Sitton, S. (2019). Ñiviñuun, gente del pueblo. La autoidentificación de un poblado mixteco en la costa de Oaxaca. *Intersticios Sociales*, 18, 213–246. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-49642019000200213](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-49642019000200213)
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought & action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bauzá, M. L., Esteva, M., Molina, J., Pereiró, I., Ingla, M. & March, S. (2018). Emergency contraception and risk habits in a university population. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 1-8. <https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1533547>
- Bearak, J., Popinchalk, A., Alkema, L., & Sedgh, G. (2018). Global, regional, and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet Global Health*, 6(4), 380–389. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30029-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30029-9)
- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A.-B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L., & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for

1990–2019. *The Lancet Global Health*, 8(9), e1152–e1161.

[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)

- Benavides-Torres, R. A., Meneses-Tirado, M. de los A., Ramírez-Calderón, A. J., Onofre-Rodríguez, D. J., & Champion, J. D. (2023). Personal, interpersonal, and sociocultural factors of condom use in rural indigenous Nahuas adolescents in Mexico. *Children*, 10(6), 921. <https://doi.org/10.3390/children10060921>
- Black, K. J. (2011). Contraceptive Attitude Scale. In Routledge (Ed.), *Handbook of sexuality-related measures* (3th ed., p. 179). Taylor & Francis.
- Borrás-Santisteban, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Correo Científico Médico*, 18(1), 05–07.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812014000100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000100002)
- Bukuluki, P., Kisaakye, P., Houinato, M., Ndieli, A., Letiyo, E., & Bazira, D. (2021). Social norms, attitudes and access to modern contraception for adolescent girls in six districts in Uganda. *BMC Health Services Research*, 21, 1040.  
<https://doi.org/10.1186/s12913-021-07060-5>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2019). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)* (7a ed.,). Elsevier.
- Caballero-Hoyos, J. R., & Monárrez-Espino, J. (2018). Concurrence and selection of sexual partners as predictors of condom use among Mexican indigenous migrant workers. *Revista de Salud Pública*, 20(3), 293–300.  
<https://doi.org/10.15446/rsap.V20n3.65986>
- Coombe, J., Anderson, A. E., Townsend, N., Rae, K. M., Gilbert, S., Keogh, L., Corby, C., & Loxton, D. (2020). Factors influencing contraceptive use or non-use among Aboriginal and Torres Strait Islander people: a systematic review and narrative synthesis. *Reproductive Health*, 17(1), 1–17.  
<https://doi.org/10.1186/s12978-020-01004-8>

- De la Vara-Salazar, E., Hubert, C., Saavedra-Avendaño, B., Suárez-López, L., Villalobos, A., Ávila-Burgos, L., Hernández-Serrato, M., Schiavon, R., & Darney, B. G. (2020). Provisión de métodos anticonceptivos en el posparto inmediato en México, 2018-19. *Salud Pública de México*, *62*(6), 637–647. <https://doi.org/10.21149/11850>
- De la Vara-Salazar, E., Suárez-López, L., Rivera, L., & Lazcano-Ponce, E. (2018). Providers perspective and geographic and institutional factors associated with family planning counseling. *Sexual & Reproductive HealthCare*, *16*, 33–38. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.01.005>
- Dirección General de Información en Salud [DGIS]. (2016). *Cubo dinámico de defunciones. Defunciones maternas 2002-2016*. <http://pda.salud.gob.mx/cubos/cmaternas.html>
- Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes [ENAPEA]. (2020). *Segundo informe de los indicadores para monitoreo y seguimiento de la ENAPEA 2018*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/579119/2\\_Informe\\_Indicadores\\_13\\_05\\_2020\\_compressed.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/579119/2_Informe_Indicadores_13_05_2020_compressed.pdf)
- Flores-Arias, M. L., Dimmitt, C. J., Sáenz-Soto, N. E., Nava-Navarro, V., & Caudillo-Ortega, L. (2018). Adaptation of the Contraceptive Behavior Scale for Mexican Heterosexual Populations. *Hispanic Health Care International*, *16*(2), 56–61. <https://doi.org/10.1177/1540415318776445>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] (28 de febrero de 2018). *América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo*. [https://mexico.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-m%C3%A1s-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-](https://mexico.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-m%C3%A1s-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund-3)

- Gabster, A., Pascale, J. M., Cislighi, B., Francis, S. C., Weiss, H. A., Martinez, A., Ortiz, A., Herrera, M., Herrera, G., Gantes, C., Quiel, Y., Ríos, A., Campbell, E., & Mayaud, P. (2019). High Prevalence of Sexually Transmitted Infections, and High-Risk Sexual Behaviors among Indigenous Adolescents of the Comarca Ngäbe-Buglé, Panama. *Sexually Transmitted Diseases*, *46*(12), 780–787.  
<https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001070>
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). *Investigación en enfermería* (Elsevier (ed.); 7a. Ed).
- Gutiérrez-Ramos, M. (2017). Los métodos reversibles de larga duración (LARC), una real opción anticonceptiva en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, *63*(1), 83–88.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322017000100011](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000100011)
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach* (Guilford Press (ed); 2nd. Ed).
- Holt, K., Dehlendorf, C., & Langer, A. (2017). Defining quality in contraceptive counseling to improve measurement of individuals' experiences and enable service delivery improvement. *Contraception*, *96*(3), 133–137.  
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.06.005>
- Homma, Y., Wong, T. S., Zumbo, D. B., & Saewyc, M. E., (2015). Ethnic identity and sexual initiation among east asian youth in Canada. *Journal Immigrant Minority Health*, *17*,1580-1584. DOI: 10.1007/s10903-014-0101-0
- Hubert, C., Villalobos, A., & Suárez-López, L. (2020). Cambios en el calendario de uso de condón masculino en la primera y última relación sexual en distintas cohortes de mujeres. *Salud Pública de México*, *62*(1), 105–113.  
<https://doi.org/10.21149/10418>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2019). *Estadísticas vitales. Mortalidad y Natalidad*.  
<https://www.inegi.org.mx/rnm/index.php/catalog/611/study-description>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2020). *Resultados del censo 2020 de población y vivienda (Resumen ejecutivo)*. <https://censo2020.mx/>
- Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES]. (2018). *Las madres en cifras*.  
<https://www.gob.mx/inmujeres/articulos/las-madres-en-cifras>
- Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES]. (2021). *Madres adolescentes*.  
[http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Madres\\_adolescentes.pdf](http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Madres_adolescentes.pdf)
- Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(3), 192–205. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v11n3/192-205/es>
- Larkins, S. L., Page, R. P., Panaretto, K. S., Scott, R., Mitchell, M. R., Alberts, V., Veitch, P. C., & McGinty, S. (2007). Attitudes and behaviours of young Indigenous people in Townsville concerning relationships, sex and contraception: The “u mob yarn up” project. *Medical Journal of Australia*, 186(10), 513–518. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01025.x>
- Leininger, M. M. (1970). *Transcultural Nursing: concepts, theories, and practices*. New York, NY: John Wiley and Sons.
- Ma, M., Malcolm, L. R., Diaz-Albertini, K., Klinoff, V. A., Leeder, E., Barrientos, S., & Kibler, J. L. (2014). Latino cultural values as protective factors against sexual risks among adolescents. *Journal of Adolescence*, 37(8), 1215–1225.  
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.08.012>
- Maque-Ponce, M. L., Córdova-Ruíz, R. L., Soto-Rueda, A. M., Ramos-García, J. M., & Rocano-Rojas, L. (2018). Embarazo no planeado: impacto de los factores socioculturales y emocionales de la adolescente, 2017. *Investigación Valdizana*, 12(2), 83–94. <https://doi.org/10.33554/riv.12.2.143>



- Masferrer-León, C. V. (2019). Racismo y discriminación en contextos escolares de Oaxaca: mixtecos y afroamericanos. *Diario de Campo*, 2(5), 137–165.  
file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/r\_cnan,+DC5-web-139-167.pdf
- Meneses-Tirado, M. de los Á. (2018). *Modelo de conducta sexual segura en adolescentes de la comunidad Náhuatl las Lomas, Puebla* [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Nuevo León]. <http://eprints.uanl.mx/16371/>
- Meneses-Tirado, M. de los Á., Benavides-Torres, R. A., Meneses-Navarro, S., Doncel-de la Colina, J. A., Onofre-Rodríguez, D. J., & Báez-Hernández, F. J. (2018). Uso del condón en adolescentes nahuas, un modelo explicativo. *Hispanic Health Care International*, 20(10), 1–7. <https://doi.org/10.1177/1540415317750085>
- Menkes-Bancet, C., Jesús-Reyes, D. & Sosa-Sánchez, I. (2019). Jóvenes en México: ¿existen diferencias entre hombres y mujeres en su inicio sexual y uso del condón? *Papeles de Población*.100, 183-215. <http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2019.100.17>
- Mindy, M., Malcolm, L. R., Diaz, A. K., Vera. K. A., Leeder, E., Barrientos, S., & Kibler, J. L. (2014). Latino cultural values as protective factors against sexual risks among adolescents. *Journal of Adolescence*, 37(8), 1215–25.  
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.08.012>.
- Molina-Gómez, A. M., Peña-Olivera, R. A., Díaz-Amores, C. E., & Antón-Soto, M. (2019). Condicionantes y consecuencias sociales del embarazo en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 45(2), 218.  
<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v45n2/1561-3062-gin-45-02-e218.pdf>
- Nava-Navarro, V., Báez-Hernández, F. J., Morales-Nieto, A., García-Madrid, G., & Flores-Arias, M. L. (2019). Factores que influyen en la conducta sexual en mujeres nahuas de Puebla, México. *Acta Universitaria*, 29, 1–11.  
<https://doi.org/10.15174/au.2019.2468>

- Ojeda, L., & Liang, C. T. H. (2014). Ethnocultural and gendered determinants of coping among Mexican American adolescent men. *Psychology of Men & Masculinity*, 15(3), 296-304. <http://dx.doi.org/10.1037/a0033293>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo*. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017). *Health in the Americas: Social Determinants of health in the americas*. <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-determinants.html>
- Peláez-Mendoza, J. (2016). El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(1). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2016000100011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100011)
- Pelcastre-Villafuerte, B. E., Meneses-Navarro, S., Sánchez-Domínguez, M., Meléndez-Navarro, D., & Freyermuth-Enciso, G. (2020). Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. *Salud Pública de México*, 62(6), 810–819. <https://doi.org/10.21149/11861>
- Phinney, J. S., & Ong, A. D. (2007). Conceptualization and measurement of ethnic identity: Current status and future directions. *Journal of Counseling Psychology*, 53(3), 271-281. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.54.3.271>.
- Pineda-Pérez, S., & Aliño-Santiago, M. (1999). El concepto de adolescencia. In MINSAP (Ed.), *Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia* (1era ed., pp. 15–23). <https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/Capitulo I.pdf>
- Ramírez-Espinobarros, Y. (2021). *Actitud y conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes indígenas* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. <http://eprints.uanl.mx/22177/1/1080315256.pdf>

- Ríos-Zertuche, D., Blanco, L. C., Zúñiga-Brenes, P., Palmisano, E. B., Colombara, D. V., Mokdad, A. H., & Iriarte, E. (2017). Contraceptive knowledge and use among women living in the poorest areas of five Mesoamerican countries. *Contraception, 95*(6), 549–557.  
<https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.01.005>
- Rodríguez-Cerda, J., & Rocha-Valero, M. A. (2021). Actitudes sobre sexualidad en adolescentes pertenecientes a comunidades indígenas y mestizas en situación de vulnerabilidad de escuelas secundarias en la zona metropolitana de Monterrey. *Realidades, 2*, 53–66.
- Ruey-Hsia, W., Shu-Yuan, J., & Yung-Mei, Y. (2011). Psychometric testing of the Chinese version of the Contraceptive Behavior Scale: a preliminary study. *Journal of Clinical Nursing, 22*(7–8), 1066–1072.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03785.x>
- Sanjuan-Meza, X. S., Padrón-Salas, A., Valle-Luna, P., Martínez-Granada, S., Ortega-Velázquez, A., & Cossío-Torres, P. (2019). Reproductive health education program for Mexican women. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 24*(5), 373–379.  
<https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1656187>
- Secretaría de Salud [SSA]. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*.
- Sedgh, G., Singh, S., & Hussain, R. (2014). Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Studies in Family Planning, 45*(3), 301–314. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00393.x>
- Sosa-Sánchez, I. A., & Menkes-Bancet, C. (2019). Embarazo adolescente en mujeres hablantes de lengua indígena y con pertenencia étnica en México. Un análisis a partir de la ENADID 2014. *Sociología, 34*(98), 59-84.  
<https://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v34n98/2007-8358-soc-34-98-59.pdf>

Todd, N., & Black, A. (2020). Contraception for adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*, *12*(20), 28-40.

<https://doi.org/10.4274/jcrpe.galenos.2019.2019.S0003>

Yakubu, I., & Salisu, W. J. (2018). Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reproductive Health*, *15*(1), 15.

<https://doi.org/10.1186/s12978-018-0460-4>

Vega-Recio, A. (2019). Embarazo no deseado: ¿sabemos cuántos? *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar*, *19*(2), 28–33.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7112726>

## **Apéndices**

**Apéndice A**  
**Preguntas Filtro**

1.- ¿Te consideras indígena?

Sí    No

2.- ¿Hablas alguna lengua indígena?

Sí    No

3.- ¿Tus padres se consideran indígenas?

Sí    No

4.- ¿Tienes entre 11 y 19 años?

Sí    No

5.- ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?

Sí    No

6.- ¿Estás casado (a) o vives en unión libre?

Sí    No

Si eres **mujer** contesta lo siguiente

7.- ¿Actualmente estás o crees estar embarazada?

Sí    No    No aplica (soy hombre)

## Apéndice B

### Cédula de Datos Personales

**Instrucciones:** Estimado participante, a continuación, se presenta una serie de preguntas que incluyen aspectos personales y sexuales, por favor, lee y marca la opción que corresponda a los datos requeridos, contesta lo más honestamente posible, recuerda que no hay respuestas buenas ni malas. Así mismo, te recuerdo que todo es estrictamente confidencial. Gracias por participar.

**1.- Edad:** \_\_\_\_\_ años

**2.- ¿Hablas alguna lengua indígena?**

a) Sí Cuál: \_\_\_\_\_ b) No

**3.- ¿Tus padres hablan alguna lengua indígena?**

a) Sí Cuál: \_\_\_\_\_ b) No

**4.- ¿Te consideras afrodescendiente?**

a) Sí b) No c) No aplica

**5.- Ocupación**

a) Estudio b) Estudio y trabajo c) Trabajo y no estudio d) Ninguno

**6.- Sexo al nacer**

a) Hombre b) Mujer

**7.- ¿Cómo prefieres que nos refiramos a ti?**

a) El b) Ella c) Elle d) Prefiero no responder

**8.- Edad de la primera menstruación (mujeres) o primera eyaculación (hombres):**

\_\_\_\_\_ años    b) No aplica

**9.- Número de veces que ingeriste bebidas alcohólicas en el último mes**

**10.- ¿Alguna vez has estado embarazada o embarazaste a alguien?**

a) Sí    b) No    c) No aplica

**11.- ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?**

\_\_\_\_\_ años    b) No aplica

**12.- ¿Usaste un método anticonceptivo en tu primera relación sexual?**

a) Sí    b) No    c) No aplica

**13.- Si tu respuesta anterior fue SI, señala con una X el método que utilizaste.**

a. Método del Ritmo		b. Dispositivo intrauterino	
c. Coito interrumpido		d. Implante Subdérmico	
e. Método de Billings		f. Condón masculino	
g. Temperatura basal		h. Condón femenino	
i. Inyecciones		j. Anticoncepción de emergencia oral	
k. Anticonceptivos orales		l. Ninguno	
m. Parche		n. Otro: ¿Cuál? _____	



## Apéndice C

### Escala de Identidad Étnica

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

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

## Apéndice D

### Escala de Actitud Anticonceptiva

A continuación, se presentan varias afirmaciones sobre el uso de anticonceptivos (planificación familiar). Estamos interesados en saber su opinión acerca de cada afirmación. Usando la escala a continuación, indique su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada una. Tenga en cuenta que no hay respuestas correctas o incorrectas. También recuerde que estamos interesados en su opinión.

Por lo tanto, queremos saber cómo se siente con respecto a estas afirmaciones y no cómo cree que sus familiares o amigos puedan sentirse con respecto a estas afirmaciones.

Marque una X su opinión acerca de cada una de estas afirmaciones

Afirmaciones	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Creo que está mal usar anticonceptivos.	1	2	3	4	5
2. Los anticonceptivos reducen el deseo sexual.	1	2	3	4	5
3. Usar anticonceptivos es mucho más deseable que abortar.	1	2	3	4	5
4. Los hombres que usan anticonceptivos parecen menos masculinos que los hombres que no los usan.	1	2	3	4	5
5. Animo a mis amigos a usar anticonceptivos.	1	2	3	4	5
6. No me involucraría sexualmente con una persona que no aceptó la responsabilidad de usar un método anticonceptivo.	1	2	3	4	5
7. Los adolescentes no deben necesitar el permiso de sus padres para obtener anticonceptivos.	1	2	3	4	5
8. Los anticonceptivos no son realmente necesarios a menos que una pareja haya tenido relaciones sexuales más de una vez.	1	2	3	4	5
9. Los anticonceptivos hacen que el sexo parezca menos romántico/divertido.	1	2	3	4	5
10. Las mujeres que usan anticonceptivos son promiscuas.	1	2	3	4	5
11. No tendría relaciones sexuales si no hubiera un método anticonceptivo disponible.	1	2	3	4	5
12. No creo que los anticonceptivos realmente prevengan el embarazo.	1	2	3	4	5
13. El uso de anticonceptivos es una forma de demostrar que te preocupas por tu novio o novia.	1	2	3	4	5

<b>Afirmaciones</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Indeciso</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>
14. No hablo de anticoncepción con mis amigos.	1	2	3	4	5
15. Me sentiría avergonzado al discutir la anticoncepción con mis amigos.	1	2	3	4	5
16. Uno debe usar anticonceptivos sin importar cuánto tiempo haya conocido a su pareja sexual.	1	2	3	4	5
17. Los anticonceptivos son difíciles de obtener.	1	2	3	4	5
18. Los anticonceptivos pueden hacer que la relación sexual parezca más placentera.	1	2	3	4	5
19. Creo que usar métodos anticonceptivos es responsabilidad exclusiva de mi novio o novia.	1	2	3	4	5
20. Me siento más tranquilo o tranquila durante la relación sexual si se usa un método anticonceptivo.	1	2	3	4	5
21. Prefiero usar anticonceptivos durante las relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
22. En el futuro, planeo usar anticonceptivos cada vez que tenga relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
23. Usaría métodos anticonceptivos incluso si mi novio o novia no quisiera que lo hiciera.	1	2	3	4	5
24. No es problema usar anticonceptivos.	1	2	3	4	5
25. El uso de anticonceptivos hace que una relación parezca demasiado permanente.	1	2	3	4	5
26. El sexo no es divertido si se usa un anticonceptivo.	1	2	3	4	5
27. Vale la pena usar anticonceptivos, incluso si el costo monetario es alto.	1	2	3	4	5
28. Los anticonceptivos fomentan la promiscuidad.	1	2	3	4	5
29. Las parejas deben hablar sobre la anticoncepción antes de tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
30. Si yo o mi novio(a) sentimos molestias de un método anticonceptivo, usaríamos un método diferente.	1	2	3	4	5
31. Los anticonceptivos hacen que la relación sexual parezca demasiado planeada.	1	2	3	4	5
32. Me siento mejor conmigo mismo cuando uso anticonceptivos.	1	2	3	4	5

## Apéndice E

### Escala de Conducta Anticonceptiva

*Instrucciones.* A continuación, se presentan enunciados relacionados con el uso de métodos de planificación familiar. Nosotros estamos interesados en saber su opinión acerca ello y no lo que piensa su familia o amigos. Usando la escala de abajo, por favor señale con una “X” su respuesta en cada enunciado según su experiencia personal.

Recuerde que no hay respuestas buenas o malas.

**¡contestar este cuestionario solamente si has tenido relaciones sexuales!**

*Las siguientes preguntas, son exclusivamente relacionadas con la pareja actual.*

Enunciado	4.Siempre (El 100% del tiempo)	3.Muchas veces (Del 51 al 99% del tiempo)	2. A veces (Del 1 al 50% del tiempo)	1.Nunca (El 0% del tiempo)
1.- Yo uso algún Método de Planificación Familiar, cada vez que tengo relaciones sexuales con mi pareja.				
2.- Yo tengo un Método de Planificación Familiar preferido, para prevenir embarazos no deseados con mi pareja. ¿Cual? _____				
3.- Yo pongo atención a cualquier información, que me permita hacer un buen uso de los Métodos de Planificación Familiar con mi pareja.				
4.- Cuando tengo duda de la seguridad de algún Método de Planificación Familiar, después de tener relaciones sexuales con mi pareja, yo uso algún otro método compensatorio. ¿Cuál? _____				
5.- Yo creo que uso correctamente con mi pareja, los Métodos de Planificación Familiar que elijo al momento de tener relaciones sexuales.				

## Apéndice F

### Consentimiento Informado para Mayores de Edad



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título de proyecto:** Efecto de la Identidad Étnica en la relación entre las Actitudes y la Conducta Anticonceptiva en Adolescentes Indígenas  
**Autores/Estudiantes:** Lic. Alan Josué Ramírez Calderón  
**Director de tesis/Asesor:** Raquel Alicia Benavides Torres PhD y Dr. José Luis Jasso Medrano

**Introducción/Objetivo del estudio:** Estamos realizando un estudio para conocer el efecto de la identidad étnica en la relación entre las actitudes y la conducta anticonceptiva de los adolescentes de comunidades indígenas. Por tal motivo, si tienes entre 11 a 19 años, te consideras indígena, alguna vez has tenido relaciones sexuales, actualmente no estás o crees no estar embarazada y no estás casada o vives en unión libre, te invitamos a participar en este estudio. Si aceptas tendrás que firmar este documento en el que expresas tu conformidad de manera voluntaria, tu participación en el estudio consistirá en responder tres cuestionarios relacionados con la identidad étnica, la actitud y conducta hacia los métodos anticonceptivos.

Este proyecto tiene como finalidad encontrar los factores que se relacionan con el uso de anticonceptivos en adolescentes indígenas. Tu participación en este estudio contribuirá para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería.

**Descripción del estudio/ Procedimiento:** Si aceptas participar en el estudio tendrás que firmar este documento. Primeramente, tendrás que llenar la cédula de datos personales, posterior a ello se te aplicarán tres cuestionarios en papel para que los puedas responder de manera voluntaria. El llenado de los instrumentos es de aproximadamente 20 minutos.

Mi participación es confidencial, ningún amigo(a), miembro de la comunidad ni familiares sabrán lo que yo he contestado y que mi identidad será protegida con un número. Solo sabrán de mi participación el encargado directo de la investigación y aun así no podrá conocer mis respuestas. Los resultados del estudio que se publiquen en un futuro en artículos científicos no revelarán datos personales.

Es importante que sepas, que, si en algún momento ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ninguna repercusión en tu contra. Por lo que la participación, rechazo o retiro del consentimiento durante el estudio no afectarán tus calificaciones o situación escolar.

**Riesgos e inquietudes:** Al participar en este estudio no te expones a ningún riesgo físico o emocional. Sin embargo, si te sientes incómodo(a) al contestar alguna pregunta puedes

dejar de contestarlas en el momento que así lo decidas. Participar en este estudio, no te genera ningún costo.

**Beneficios esperados:** No existe ningún beneficio de participar en este estudio sin embargo la información recabada en un futuro ayudara a diseñar programas de salud sexual considerando el contexto de las poblaciones indígenas.

**Compromisos del investigador:** Cualquier duda en relación con este documento o durante tu participación en el estudio será aclarada en el momento que desees o contactando al encargado del estudio al correo electrónico josue.ramirez@uanl.edu.mx

**Dudas o preguntas:** Si te surge alguna duda de tu participación, puedes llamar a la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, ubicada en la Subdirección de Posgrado al teléfono 83 48 18 47, en Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León o comunicarte al correo electrónico investigacion.fae@gmail.com

He leído este documento en su totalidad y las dudas surgidas fueron aclaradas y acepto participar de manera voluntaria, aunque si decido participar, no renuncio a los derechos y en cualquier momento si así lo deseo podré cancelar mi participación.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día /Mes /Año

Testigo 1 \_\_\_\_\_

Dirección

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día /Mes /Año

Testigo 2 \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día/Mes /Año

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día/Mes /Año

## Apéndice G

### Consentimiento Informado (padres o tutores)



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título de proyecto:** Efecto de la Identidad Étnica en la relación entre las Actitudes y la Conducta Anticonceptiva en Adolescentes Indígenas

**Autores/Estudiantes:** Lic. Alan Josué Ramírez Calderón

**Director de tesis/Asesor:** Raquel Alicia Benavides Torres PhD y Dr. José Luis Jasso Medrano

**Introducción/Objetivo del estudio:** Estamos realizando un estudio para conocer el efecto de la identidad étnica en la relación entre las actitudes y la conducta anticonceptiva de los adolescentes de comunidades indígenas. Por tal motivo, si tiene un(a) hijo(a) entre 11 a 19 años le hemos invitado a participar en este estudio. Si acepta que su hijo(a) participe tendrá que firmar este documento en el que expresa su conformidad de manera voluntaria, la participación de su hijo(a) consistirá en responder tres cuestionarios relacionados con la identidad étnica, la actitud y conducta hacia los métodos anticonceptivos.

Este proyecto tiene como finalidad encontrar los factores que se relacionan con el uso de anticonceptivos en adolescentes indígenas. La participación de su hijo(a) en este estudio contribuirá para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería.

**Descripción del estudio/ Procedimiento:** Si acepta que su hijo(a) participe en el estudio tendrá que firmar este documento. Primeramente, el o ella, llenará la cédula de datos personales, posterior a ello se le aplicarán tres cuestionarios en papel para que los pueda responder de manera voluntaria. El llenado de los instrumentos es de aproximadamente 20 minutos.

La participación de su hijo(a) en este estudio, no le genera ningún costo.

La participación de mi hijo(a) es confidencial, ningún joven, miembro de la comunidad, ni familiares sabrán lo que él o ella ha contestado y su identidad será protegida con un número. Solo sabrán de su participación el encargado directo de la investigación y aun así no podrá conocer sus respuestas. Los resultados del estudio que se publiquen en un futuro en artículos científicos no revelarán datos personales.

Es importante que sepa, que, si en algún momento su hijo(a) o usted ya no quieren continuar en el estudio, no habrá ninguna repercusión en su contra. Por lo que la participación, rechazo o retiro del consentimiento durante el estudio no afectarán las calificaciones o situación escolar del adolescente.

**Riesgos e inquietudes:** Si su hijo(a) participa en este estudio no tendrá ningún riesgo físico o emocional. Sin embargo, si se siente incómodo(a) al contestar alguna pregunta puede dejar de contestarlas en el momento que así lo decida.

**Beneficios esperados:** No existe ningún beneficio porque su hijo(a) participe en este estudio sin embargo la información recabada en un futuro ayudara a diseñar programas de salud sexual considerando el contexto de las poblaciones indígenas.

**Compromisos del investigador:** Cualquier duda en relación con este documento o durante su participación en el estudio será aclarada en el momento que desee o contactando al encargado del estudio al correo electrónico josue.ramirez@uanl.edu.mx

**Dudas o preguntas:** Si le surge alguna duda de la participación de su hijo(a), puede llamar a la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, ubicada en la Subdirección de Posgrado al teléfono 83 48 18 47, en Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León o comunicarse al correo electrónico investigacion.fae@gmail.com

He leído este documento en su totalidad y las dudas surgidas fueron aclaradas y acepto que mi hijo(a) participe de manera voluntaria, aunque sí acepto que mi hijo(a) participe, no renunciaremos a ningún derecho y en cualquier momento que desee podre cancelar la participación de mi hijo(a) en este estudio.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día /Mes /Año

Testigo 1 \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día /Mes /Año

Testigo 2 \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día/Mes /Año

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Día/Mes /Año



## Apéndice H

### Asentimiento Informado



### UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN FACULTAD DE ENFERMERÍA CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título de proyecto:** Efecto de la Identidad Étnica en la relación entre las Actitudes y la Conducta Anticonceptiva en Adolescentes Indígenas

**Autores/Estudiantes:** Lic. Alan Josué Ramírez Calderón

**Director de tesis/Asesor:** Raquel Alicia Benavides Torres PhD y Dr. José Luis Jasso Medrano

**Introducción/Objetivo del estudio:** Estamos realizando un estudio para conocer el efecto de la identidad étnica en la relación entre las actitudes y la conducta anticonceptiva de los adolescentes de comunidades indígenas. Por tal motivo, si tienes entre 11 a 19 años, te consideras indígena, alguna vez has tenido relaciones sexuales, actualmente no estás o crees no estar embarazada y no estás casada o vives en unión libre, te invitamos a participar en este estudio. Si aceptas tendrás que firmar este documento en el que expresas tu conformidad de manera voluntaria, tu participación en el estudio consistirá en responder tres cuestionarios relacionados con la identidad étnica, la actitud y conducta hacia los métodos anticonceptivos.

Este proyecto tiene como finalidad encontrar los factores que se relacionan con el uso de anticonceptivos en adolescentes indígenas. Tu participación en este estudio contribuirá para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería.

**Descripción del estudio/ Procedimiento:** Si aceptas participar en el estudio tendrás que firmar este documento. Primeramente, tendrás que llenar la cédula de datos personales, posterior a ello se te aplicarán tres cuestionarios en papel para que los puedas responder de manera voluntaria. El llenado de los instrumentos es de aproximadamente 20 minutos.

Participar en este estudio, no te genera ningún costo.

Mi participación es confidencial, ningún amigo, miembro de la comunidad ni familiares sabrán lo que yo he contestado y que mi identidad será protegida con un número. Solo sabrán de mi participación el encargado directo de la investigación y aun así no podrá conocer mis respuestas. Los resultados del estudio que se publiquen en un futuro en artículos científicos no revelarán datos personales.

Es importante que sepas, que, si en algún momento ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ninguna repercusión en tu contra. Por lo que la participación, rechazo o retiro del consentimiento durante el estudio no afectarán tus calificaciones o situación escolar.

**Riesgos e inquietudes:** Al participar en este estudio no te expones a ningún riesgo físico o emocional. Sin embargo, si te sientes incomodo(a) al contestar alguna pregunta puedes dejar de contestarlas en el momento que así lo decidas.

**Beneficios:** No existe ningún beneficio de participar en este estudio sin embargo la información recabada en un futuro ayudara a diseñar programas de salud sexual considerando el contexto de las poblaciones indígenas.

**Compromisos del investigador:** Cualquier duda en relación con este documento o durante su participación en el estudio será aclarada en el momento que desees o contactando al encargado del estudio al correo electrónico [josue.ramirez@uanl.edu.mx](mailto:josue.ramirez@uanl.edu.mx)

**Dudas o preguntas:** Si te surge alguna duda de tu participación, puedes llamar a la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, ubicada en la Subdirección de Posgrado al teléfono 83 48 18 47, en Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León o comunicarte al correo electrónico [investigacion.faen@gmail.com](mailto:investigacion.faen@gmail.com)

He leído este documento en su totalidad y las dudas surgidas fueron aclaradas y acepto participar de manera voluntaria, aunque si decido participar, no renuncio a los derechos y en cualquier momento si así lo deseo podré cancelar mi participación.

Si Acepto

No Acepto

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha/hora: \_\_\_\_\_

## **Resumen Autobiográfico**

**Lic. Alan Josué Ramírez Calderón**

**Candidato para obtener el grado de Maestro en Ciencias de Enfermería**

**Tesis:** EFECTO DE LAS ACTITUDES EN LA RELACIÓN ENTRE LA IDENTIDAD ÉTNICA Y LA CONDUCTA ANTICONCEPTIVA EN ADOLESCENTES INDÍGENAS

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

**Biografía:** Nacido en Santiago Pinotepa Nacional, Oaxaca, México el 31 de julio de 1995. Hijo de la Sra. Claudia Maritza Ramírez Calderón.

**Educación:** Egresado de la Universidad de la Costa, con el grado de Licenciado en Enfermería (2013-2018)

**Experiencia Profesional:** Enfermero profesional en salud ocupacional en la empresa Servigas de Oaxaca (junio 2020-marzo 2021).

Personal docente en el Colegio de Bachilleres del Estado de Oaxaca plantel 55 San José del Progreso (febrero 2021-julio 2021).

**Distinciones:** Becario del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la UANL (2021-2023).

Reconocimiento al estudiante sobresaliente de Posgrado nivel Maestría 2023 por el capítulo Tau Alpha de Sigma Theta Tau International.

Ganador del 3er lugar de generación en la Maestría en Ciencias de Enfermería.

**Investigación:** Estancia nacional de investigación en la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) durante junio 2022.

Asistente de investigación en el proyecto Modelo de intervención psicoeducativa para prevenir embarazos no planeados en adolescentes y jóvenes de comunidades indígenas (2022).

Co-asesor de tesis en estudiantes de licenciatura en enfermería de la FAEN-UANL (2022).

**Presentaciones:** Múltiples participaciones en trabajos orales en congresos nacionales obteniendo, Primer lugar en concurso de trabajos libres en el 18° Congreso Internacional de Enfermería 2022 (noviembre 2022).

Segundo lugar en concurso de trabajos libres en el 1er Foro Virtual 2022 y 7ª Jornada de Enfermería en la Universidad de Chalcatongo (junio 2022).

**Publicaciones:** Conocimientos y prácticas sexuales de universitarios en enfermería de la Costa Oaxaqueña, (2018). Temas de Ciencia y Tecnología.

Nivel de autonomía en la práctica profesional de enfermería, (2021). Jóvenes en la Ciencia.

Personal, interpersonal, and sociocultural factors of condom use in rural indigenous Nahuas adolescents in Mexico, (2023). Children.

**Asociaciones y Membresías:** Miembro activo del Capítulo Tau Alpha de Sigma Theta Tau International (2021 a la fecha).

**E-mail:** jofa3111@gmail.com