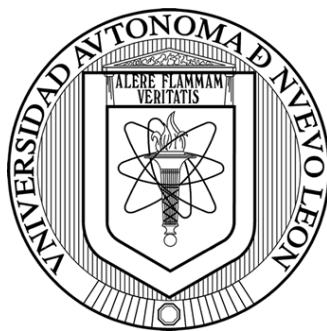


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



AUTOEFICACIA Y ACTITUDES PARA CONDUCTA SEXUAL SEGURA
EN HOMBRES DE MEDIANA EDAD Y MAYORES

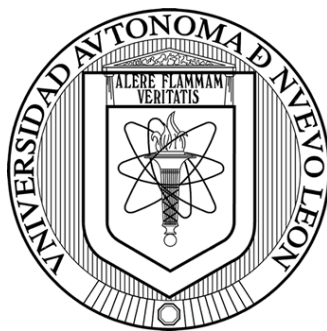
Por

LIC. CYNTHIA MARIANA VALLE IRACHETA

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

AGOSTO, 2022

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



AUTOEFICACIA Y ACTITUDES PARA CONDUCTA SEXUAL SEGURA
EN HOMBRES DE MEDIANA EDAD Y MAYORES

Por

LIC. CYNTHIA MARIANA VALLE IRACHETA

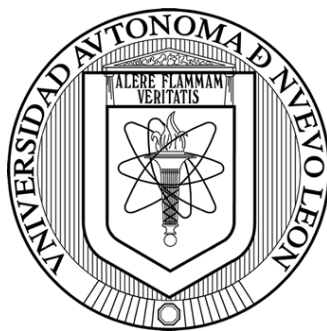
Director de Tesis

DRA. DORA JULIA ONOFRE RODRIGUEZ

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

AGOSTO, 2022

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



AUTOEFICACIA Y ACTITUDES PARA CONDUCTA SEXUAL SEGURA
EN HOMBRES DE MEDIANA EDAD Y MAYORES

Por

LIC. CYNTHIA MARIANA VALLE IRACHETA

Codirector de Tesis

DRA. DAFNE ASTRID GOMEZ MELASIO

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

AGOSTO, 2022

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



AUTOEFICACIA Y ACTITUDES PARA CONDUCTA SEXUAL SEGURA
EN HOMBRES DE MEDIANA EDAD Y MAYORES

Por

LIC. CYNTHIA MARIANA VALLE IRACHETA

Asesor Estadístico

DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA

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

AGOSTO, 2022

AUTOEFICACIA Y ACTITUDES PARA CONDUCTA SEXUAL SEGURA
EN HOMBRES DE MEDIANA EDAD Y MAYORES

Aprobación de Tesis

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Director de Tesis

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Presidente

Dra. María Aracely Márquez Vega

Secretario

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD.

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirectora de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por la beca de estudios otorgada que me permitió realizar y concluir 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 para continuar mi formación académica como Maestra en Ciencias de Enfermería.

A mi directora de tesis, la Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, que desde mis estudios de pregrado me ha motivado a seguir creciendo. Fue quién me hizo ver a la investigación en enfermería con otro lente. Gracias por sus consejos, su calidez, su guía, inspiración y paciencia por enseñarme.

A mi codirectora de tesis, la Dra. Dafne Astrid Gómez Melasio por el tiempo brindado durante las asesorías, por cada una de sus enseñanzas y contribuciones, su guía y su manera de explicar facilitó mucho mi aprendizaje, cuenta con toda mi admiración.

A mis compañeros y buenos amigos Sandy Loredo y Brayan Vega por su acompañamiento durante estos dos años, por las experiencias, las risas, los consejos. Aprendí mucho gracias a ustedes, fueron grandes pilares durante este tiempo. Sin ustedes definitivamente no hubiese sido lo mismo. Gracias.

A los miembros del comité de la línea de investigación y generación del conocimiento de Sexualidad Responsable y Prevención de ITS y VIH/sida por sus valiosas aportaciones.

Y a cada uno de los hombres que participaron en este estudio, que con su contribución, preguntas y comentarios me incentivaron a seguir, eternamente agradecida.

Dedicatoria

A mis padres María Luisa Iracheta Donjuan y Carlos Valle Montemayor; mis más grandes pilares. Por constantemente impulsarme a seguir adelante, por todos sus sacrificios, palabras de aliento, consejos, enseñanzas y por el soporte brindado en mis decisiones. Hoy soy quién soy gracias a ustedes, los amo.

A mis hermanos Carlos y Gaby; y a mis amigos más cercanos Esther, Adrián y Valeria que siempre han estado al pendiente de mí, me han proporcionado su apoyo y que durante estos años de formación fueron continuamente curiosos sobre mi trabajo, sus palabras me impulsaron a seguir creciendo.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico	5
Estudios Relacionados	10
Síntesis de Estudios Relacionados	15
Objetivo General	16
Objetivos Específicos	16
Hipótesis	16
Definición de Términos	17
Capítulo II	
Metodología	19
Diseño del Estudio	19
Población, Muestra y Muestreo	19
Criterios de Inclusión	19
Criterios de Eliminación	20
Instrumentos de Medición	20
Procedimiento de Recolección de Datos	22
Consideraciones Éticas	24
Plan de Análisis de Datos	25

Contenido	Página
Capítulo III	
Resultados	27
Características Sociodemográficas	27
Historia de Infecciones de Transmisión Sexual	28
Estadística Descriptiva de las Variables del Estudio	29
Confiabilidad de los Instrumentos	39
Estadística Inferencial	40
Capítulo IV	
Discusión	43
Limitaciones del Estudio	47
Conclusiones	47
Recomendaciones	48
Referencias	50
Apéndices	58
A. Consentimiento Informado	59
B. Preguntas Filtro	61
C. Cédula de Datos Personales	62
D. Escala Multidimensional de Actitudes del Condón	63
E. Escala de Autoeficacia del Uso del Condón	65
F. Cuestionario de Conducta Sexual Segura	67

G. Datos Descriptivos de Ítems de Escala Multidimensional Actitudes del Condón	69
H. Datos Descriptivos de Ítems de Escala de Autoeficacia de Uso del Condón	71
I. Datos Descriptivos de Ítems de Cuestionario de Conducta Sexual Segura	73

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Características Generales de la Población	28
2. Historia de Infecciones de Transmisión Sexual	28
3. Estadística Descriptiva de las Variables del Estudio	29
4. Frecuencias y Porcentajes de la Escala Multidimensional Actitudes del Condón	30
5. Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Autoeficacia de Uso del Condón	33
6. Frecuencias y Porcentajes de Cuestionario de Conducta Sexual Segura	37
7. Consistencia Interna de los Instrumentos	39
8. Matriz de Correlaciones entre Variables	40
9. Análisis de Regresión e Variables del Estudio con Bootstrap para 10000 Muestras	41
10. Efecto Directo de la Variable Independiente sobre la Conducta Sexual Segura	42
11. Efecto Indirecto de la Variable Independiente sobre la Conducta Sexual Segura, a través de la Autoeficacia Hacia el Uso del Condón	42

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Modelo de Información, Motivación y Habilidades del comportamiento de salud	6
2. Estructura Conceptual-Teórico-Empírica	9
3. Representación Gráfica de los Conceptos del Modelo de IMB de Fisher Y Fisher	10

Resumen

Lic. Cynthia Mariana Valle Iracheta
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto, 2022

Título del estudio: AUTOEFICACIA Y ACTITUDES PARA CONDUCTA SEXUAL SEGURA EN HOMBRES DE MEDIANA EDAD Y MAYORES.

Número de páginas: 73

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: El objetivo del estudio fue determinar el efecto del estado civil, escolaridad, actitudes y autoeficacia hacia el uso del condón en la conducta sexual segura en hombres heterosexuales de mediana edad y mayores. El diseño del estudio fue descriptivo correlacional. La muestra estuvo conformada por 274 hombres adultos residentes de la República Mexicana. Se utilizó un muestreo virtual online a través de la red social Facebook. Se utilizó una cédula de datos y tres instrumentos de medición con confiabilidad aceptable. Para dar respuesta a los objetivos se utilizó la estadística descriptiva, correlaciones de Spearman y análisis de regresión lineal múltiple y mediación.

Contribución y Conclusiones: La muestra final estuvo conformada por 274 hombres adultos de mediana edad y mayores con una media de edad de 52.47 ($DE = 5.69$). Se encontró que los hombres presentaron puntuaciones medias por encima del punto intermedio indicando actitudes más positivas hacia el uso del condón ($M = 73.51$; $DE = 13.16$), mayor autoeficacia hacia el uso del condón ($M = 73.45$; $DE = 16.06$), y mayor frecuencia en la conducta sexual segura ($M = 53.63$; $DE = 19.17$). Dentro de los factores sociodemográficos, la escolaridad se relacionó positivamente con las conductas sexuales seguras, conforme aumentó la edad los efectos fueron mayores. La autoeficacia hacia el uso del condón ($r_s = .66$, $p < .001$), y las actitudes hacia el uso del condón ($r_s = .49$, $p < .001$) se relacionaron positivamente con la frecuencia de conductas sexuales seguras. La autoeficacia hacia el uso del condón tiene efecto mediador de las actitudes hacia el uso del condón sobre la conducta sexual segura ($p < .05$). Los hallazgos de este estudio son de relevancia para la enfermería ya que aportan conocimiento acerca de factores clave de la conducta sexual segura en hombres adultos de mediana edad y mayores lo cual permitirá desarrollar programas de intervención de salud preventivos y promoción de conducta sexual saludable en esta población.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

En la actualidad, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan una amenaza importante para la salud en todo el mundo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) cada día, más de un millón de personas adquieren una infección de transmisión sexual a nivel mundial, ocasionando que anualmente alrededor de 374 millones de personas contraigan infecciones como clamidiosis, blenorragia, sífilis o tricomoniasis. Esto produce repercusiones graves en la salud sexual y reproductiva; además de estar relacionado con el aumento del riesgo de contraer el VIH (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades [CDC], 2021; Ward & Rönn, 2010).

En relación con el VIH, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2021) reportó que 37.7 millones de personas vivían con el VIH y que, al cierre de 2020, al menos 680 mil personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). En México, se han registrado cerca de 315,177 casos notificados desde 1983 al cierre del 2020. Así mismo, en Nuevo León, se han notificado 10,439 casos, siendo el sexo masculino el más afectado (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el SIDA [CENSIDA], 2020).

Por otro lado, se ha reportado que en los últimos años el número de casos del VIH y la tasa de diagnóstico de ITS ha aumentado entre las personas mayores de 50 años, siendo reportado en diferentes países como Estados Unidos, Australia, Reino Unido, China, Corea y distintas regiones del continente africano (Minichiello et. al., 2012; Lyons et. al., 2018; Zhang et. al., 2020).

De acuerdo con el CDC (2020) en el 2018, el 51% de las personas con diagnóstico del VIH en los Estados Unidos tenían más de 50 años y uno de cada seis nuevos diagnósticos se presentaron en este mismo grupo de edad. En relación con las

ITS, se ha observado un aumento en los últimos 10 años en los grupos de 55 años y más, la tasa de sífilis primaria y secundaria pasó de 0.9 por cada 100,00 habitantes en 2011 a 3.0 en 2019; la tasa de clamidia aumentó de 6.6 en 2011 a 17.4 en 2019 y la tasa de gonorrea pasó de 4.2 a 16.9 en estos mismos años, resaltando que en su mayoría los casos se concentran en el sexo masculino (CDC, 2019).

En México se ha reportado un incremento en la distribución de los casos notificados de VIH en adultos de mediana edad y mayores pasando de 22,687 casos en 2016 a 32,924 casos hasta el cierre del 2020 (CENSIDA, 2020). Respecto a las ITS, aunque en México y en Nuevo León se ha observado un notorio incremento en los casos notificados en los últimos 5 años en la población en general, con la información que se dispone no es posible atribuir estos específicamente a la población de adultos de mediana edad y mayores; sin embargo, los cambios demográficos relacionados con el aumento de población en riesgo podrían ser un factor determinante de la importancia del problema (Secretaría de Salud, 2021).

En esa misma línea, es evidente que el fenómeno del envejecimiento se ha visto aumentado significativamente ocasionando que cada vez más personas puedan vivir una vida más longeva, saludable y sexualmente activa. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) señala que para el año 2050, la población mundial de 60 años y más se duplicará a alrededor de 2,100 millones de personas, y que el número de ancianos superará por primera vez al de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años. En México, al igual que la mayor parte del mundo, el envejecimiento ha experimentado un desarrollo importante. El Consejo Nacional de población (CONAPO, 2018) proyecta que el volumen de adultos de 65 años y más duplicará su tamaño pasando de 14,248,277 personas en el año 2030 a 24,893,097 personas en el 2050.

Aunado a lo anterior, se puede entender que este proceso de envejecimiento subraya la necesidad de darles a los adultos de mediana edad y mayores una mayor importancia en el campo científico. Llanes-Betcancourt (2013) menciona que

usualmente los estudios en torno a este grupo poblacional profundizan en conocimientos acerca de las condiciones de salud, alimentación, situaciones económicas o de vivienda; no obstante, el aspecto sexual continúa siendo un tema poco estudiado, a pesar de que diversos estudios describen que los adultos mayores todavía se consideran a sí mismos como seres sexuales, y que pueden permanecer sexualmente activos hasta los 80 años (Bell et al., 2017; DeLamater & Koepsel, 2015).

Es importante destacar que, aunque la aparición de enfermedades como el VIH y las ITS puede tener graves consecuencias para la salud de personas de cualquier edad, entre los adultos de mediana edad y mayores, en especial, puede conducir a un aumento del riesgo de otras enfermedades graves como enfermedades cardiovasculares, enfermedad obstructiva crónica, pérdida de masa ósea y cáncer (CDC, 2020).

Por otro lado, en esta población existen factores que los posicionan como un grupo vulnerable, tal y como las condiciones fisiológicas propias del envejecimiento como la aparición de dificultades asociadas a la función sexual; por ejemplo, la disminución de la función eréctil en los hombres que puede ser una barrera para practicar sexo seguro; además, la presencia de enfermedades crónicas relacionadas con la vejez, así como el estigma al que están sujetos y la escasa información sobre temas sexuales lo que propicia una comunicación inadecuada con los profesionales de la salud, impidiendo que las personas mayores busquen ayuda (Fileborn et al., 2018; Ricoy-Cano, 2020; Sinković, 2019).

Entre los factores que influyen la conducta sexual y la transmisión de ITS y del VIH en adultos de mediana edad y mayores, se ha reportado que múltiples parejas sexuales, el escaso conocimiento acerca del VIH/sida, el contacto de los hombres con trabajadoras sexuales y el bajo uso del condón en esta población, son variables predictoras (Davis & Zanjani, 2012; Monsell & McLuskey, 2016). Diversos estudios han informado sistemáticamente la falta o el uso inconsistente de condones entre los adultos mayores y de mediana edad, favoreciendo la transmisión del VIH y otras ITS por

lo que resulta relevante explorar los factores vinculados a esta conducta sexual de riesgo (Amin, 2014; Odimegwu & Mutanda, 2017; Nasrullah et al., 2017; Schick et al., 2010).

En poblaciones jóvenes, diversos estudios han reconocido que la autoeficacia es uno de los principales factores sociocognitivos que afectan la capacidad de las personas para protegerse de la infección por el VIH y mantener relaciones sexuales más seguras. Fue definida por Bandura (1995) como: “la creencia en la propia capacidad de organizar y ejecutar los cursos de acción necesarios para manejar situaciones” (p. 218). Se ha descrito que la autoeficacia no sólo influye en el uso del condón o en la capacidad de negarse a practicar sexo inseguro, sino también en la modificación y mantenimiento de la conducta tras haber aplicado una intervención preventiva e inclusive en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH (Ballester et al., 2013; Orcasita et al., 2010; Villegas, 2013).

Otro factor sociocognitivo que ha sido planteado en jóvenes son las actitudes hacia el uso del condón. Ajzen y Fishbein (2000) han conceptualizado a las actitudes como: “la evaluación de un objeto, concepto o comportamiento en una dimensión de bueno o malo, agrado o desagrado”. Se ha descrito que, si las personas poseen buenas actitudes hacia el uso del condón, eventualmente desencadena una mayor intención al uso del condón (Glasman, & Albarracín, 2003).

En la literatura científica consultada hasta el momento se ha descrito una relación positiva entre la autoeficacia y las actitudes hacia el uso del condón en poblaciones de hombres heterosexuales jóvenes, así como en hombres que tienen sexo con hombres (Bauermeister et al., 2014; Tucker et al., 2013; Volkman et al., 2014; Widman et al., 2013). Sin embargo, es importante explorar la relación de estas variables en los adultos mayores en específico ya que son pocos los estudios que han descrito que existen actitudes negativas hacia el uso del condón en relación con el efecto en la experiencia sexual; no obstante estos no explican la relación de estas actitudes con el aumento o la disminución de la práctica de la conducta sexual segura (Agunbiade & Tongunde, 2018;

Jones et al., 2013). En México pocos estudios abordan la relación entre la autoeficacia hacia el uso del condón y las actitudes hacia el condón para practicar sexo seguro.

Por lo anteriormente descrito, se considera relevante el estudio de variables que ayuden a comprender la conducta sexual segura en adultos de mediana edad y mayores. Explorar la relación entre la autoeficacia hacia el uso del condón y las actitudes hacia el uso del condón es importante ya que estas variables se encuentran vinculadas al sexo de riesgo. Un estudio de su comprensión podría ser de utilidad para prevenir ITS y el VIH; además de ser relevante para el profesional de enfermería en la prevención y reducción de conductas sexuales de riesgo; así mismo del diseño a largo plazo de intervenciones específicas para esta población.

En virtud de lo señalado, el objetivo del presente estudio fue determinar el efecto del estado civil, escolaridad, actitudes y autoeficacia hacia el uso del condón en la conducta sexual segura en hombres heterosexuales de mediana edad y mayores.

Marco Teórico

El presente estudio utilizó como base el modelo de Información, Motivación y Habilidades conductuales (IMB, por sus siglas en inglés) planteado por D. Fisher y A. Fisher (1992). El modelo está integrado por conceptos relevantes de la Teoría sociocognitiva de Albert Bandura (1995) y la Teoría de acción razonada de Ajzen y Fishbein (2000).

El modelo IMB fue originalmente descrito con el fin de comprender la conducta de prevención hacia el VIH/sida y los factores psicológicos determinantes del riesgo. Está constituido principalmente por tres constructos relacionados entre sí: información, motivación y habilidades conductuales o del comportamiento (Figura 1). El modelo plantea que estos tres constructos son determinantes clave para desempeñar comportamientos saludables y considera que mientras las personas tengan suficiente información, estén motivados para actuar y cuenten con las habilidades conductuales que se requieren para tomar medidas efectivas, habrá mayor probabilidad de que

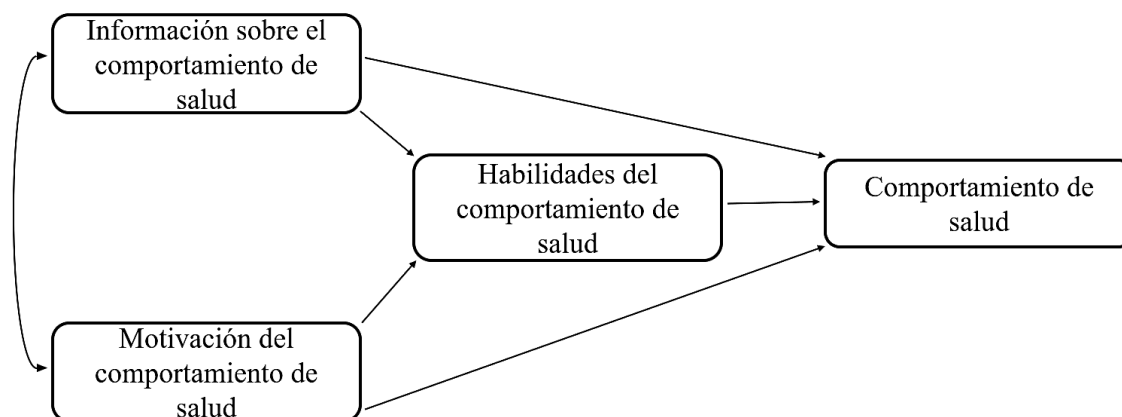
comiencen y mantengan comportamientos de salud positivos. Así mismo, mientras que la persona posea menos información, tenga menor motivación y no cuente con las habilidades necesarias para actuar es más probable que adquieran comportamientos de riesgo (Fisher et al., 2003).

Las proposiciones del modelo de Información, Motivación y Habilidades conductuales son las siguientes:

1. La información y la motivación actúan principalmente a través de las habilidades conductuales.
2. La información y la motivación pueden tener efectos directos en la ejecución de la conducta de promoción de la salud, siempre y cuando no se requieran habilidades conductuales complejas para ejecutar la conducta de promoción de la salud en cuestión

Figura 1

Modelo de Información, Motivación y Habilidades del Comportamiento de Salud



Nota. Adaptado de “El modelo de información-motivación-habilidades conductuales: un enfoque psicológico social general para comprender y promover el comportamiento saludable” (p. 86), por Fisher et al., 2003, *Fundamentos psicológicos sociales de la enfermedad de la salud.*, 22, 82-106 (<https://doi.org/10.1002/9780470753552.ch4>).

Conforme a lo descrito en este modelo, la información es considerada un constructo que puede relacionarse directamente con el comportamiento de salud final. Esta hace referencia al conocimiento básico que posee el individuo en relación con el comportamiento de salud preventivo; y aunque es importante, este factor por sí solo puede no ser suficiente para que el individuo adopte una conducta preventiva (Fisher & Fisher, 1992).

En relación con la motivación, el modelo señala que, aunque una persona posea la información y las habilidades conductuales suficientes, esta necesita la motivación para iniciar y mantener un comportamiento de salud preventivo. El constructo de motivación incluye la motivación personal, que hace referencia a las actitudes de uno mismo hacia los comportamientos que promueven la salud; y la motivación social, que alude al apoyo social para la ejecución de conductas que promueven la salud (Fisher et al., 2003). Para este estudio, el constructo de motivación del comportamiento de salud se representó por el concepto de *actitudes hacia el uso del condón*, definidas como una expresión de un sentimiento o una actitud hacia el uso del condón con relación a su confiabilidad y efectividad, placer sexual, estigma de su uso y vergüenza asociada a la negociación y compra de condones. Se ha identificado una relación indirecta de las actitudes hacia el condón mediadas por la intención de practicar sexo seguro en los adultos de mediana edad y mayores (Gómez Melasio, 2021).

Las habilidades conductuales o de comportamiento se centran en habilidades objetivas, por ejemplo, habilidades de comunicación con la pareja o habilidades para evitar conductas de riesgo; asimismo, incluye la percepción de autoeficacia de un individuo de acuerdo con la ejecución de ciertos comportamientos relacionados con la salud (Fisher et al., 2003). Para el presente estudio, las habilidades conductuales fueron representadas mediante el concepto de *autoeficacia hacia el uso del condón*. Descritas como las capacidades percibidas con relación al uso del condón, respecto a adquirirlos, colocárselos correctamente, que sean placenteros, negociar el uso del condón con la

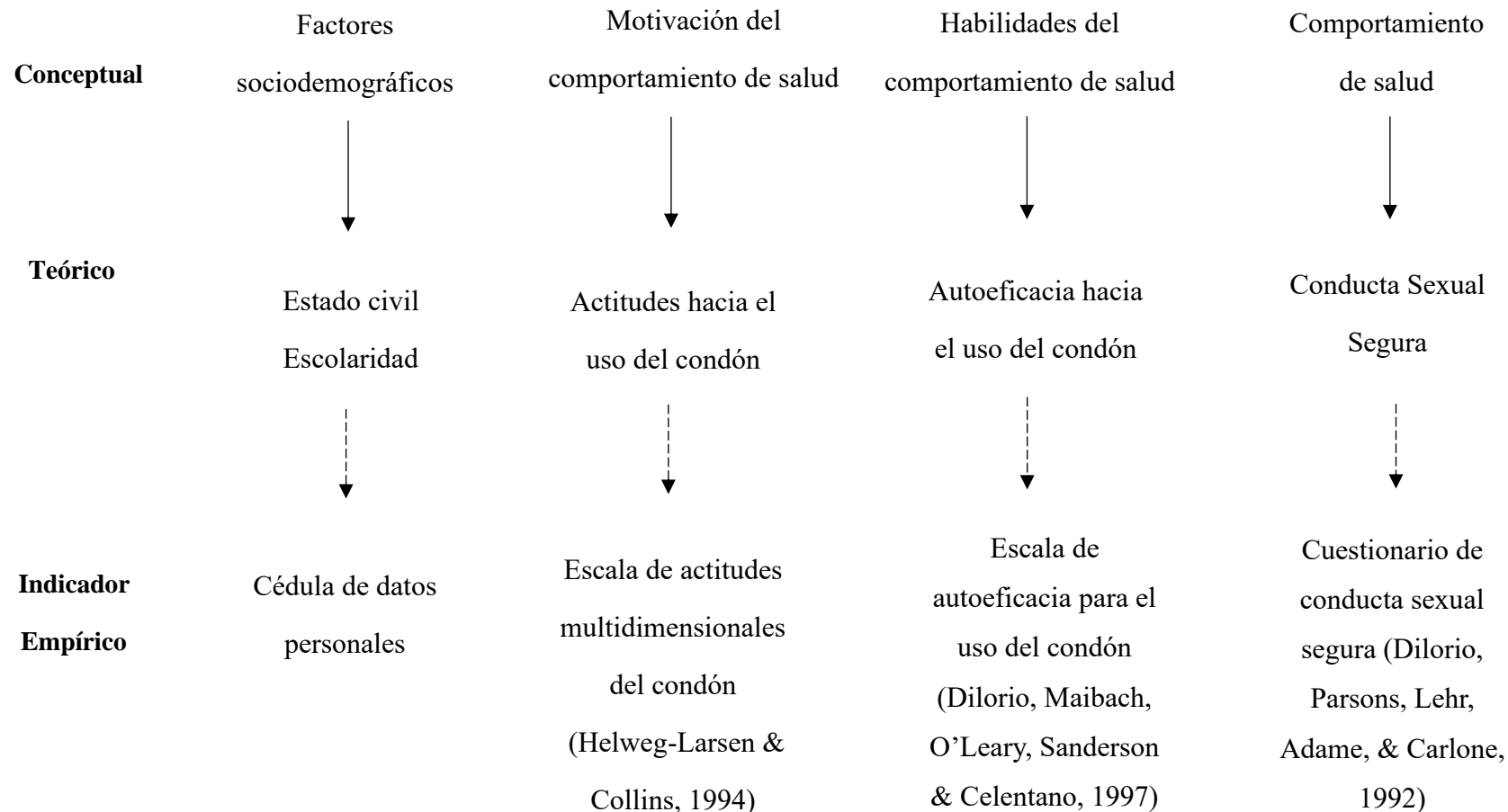
pareja sexual y evitar situaciones que puedan llevar a tener relaciones sexuales sin condón. La autoeficacia para practicar conductas sexuales más seguras se ha relacionado directamente con la conducta sexual segura en adultos de mediana edad y mayores (Gómez Melasio, 2021).

El comportamiento de salud final hace referencia a comportamientos específicos de promoción de salud, esto involucra el inicio o mantenimiento de prácticas de promoción de la salud o la reducción de conductas de riesgo para la salud (Fisher et al., 2003). Para fines de este estudio el comportamiento de salud se incluyó mediante el concepto de *conducta sexual segura*, entendida como la práctica que evita o reduce el riesgo de exposición o transmisión del VIH, con relación al uso del condón en las relaciones sexuales y la negociación del uso del condón.

De manera adicional, para esta investigación fueron considerados los factores sociodemográficos como el estado civil y el nivel de escolaridad. Aunque el modelo de IMB no integra un constructo específico acerca de factores personales, existe evidencia empírica que ha mostrado la influencia de estos factores sobre la conducta sexual (Amin, 2014; Bourne & Minichiello, 2009; Odimegwu & Mutanda, 2017; Smith & Christakis, 2009).

Figura 2

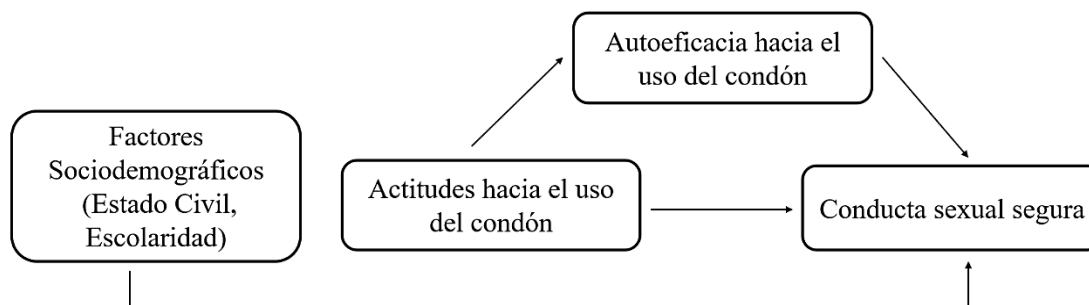
Estructura Conceptual-Teórico-Empírica



Nota. Estructura que incluye lo más abstracto en la parte superior, seguido de la operacionalización de las variables y los indicadores empíricos.

Figura 3

Representación Gráfica de los Conceptos del Modelo de IMB de Fisher y Fisher



Nota. Se incluyen los conceptos propuestos por Fisher y Fisher (1992), los cuadros contienen las variables del estudio, las flechas representan la relación entre las mismas.

Estudios Relacionados

A continuación, se describen los estudios asociados con las variables del fenómeno de interés.

Estado Civil

Bourne y Minichiello (2009) realizaron un estudio en donde analizaban la salud y comportamiento sexuales de adultos mayores de 50 años de una clínica pública en Australia. La muestra estuvo compuesta por 2,438 adultos en donde 81% ($n = 1976$) eran hombres. En relación con el uso del condón, reportaron que a comparación de los adultos mayores que se encontraban en una relación/casados (29%) y aquellos separados/viudos o divorciados (41%), los adultos que eran solteros (62%) tenían mayores probabilidades de haber usado condón en los últimos 3 meses ($\chi^2 = 99; p < 0.05$).

Smith y Christakis (2009) realizaron un estudio correlacional para evaluar si la viudez se asociaba con una mayor toma de riesgos sexuales, reflejado en una mayor incidencia de ITS diagnosticadas en adultos mayores. Los datos fueron obtenidos a través de diferentes bases de datos médicas de Estados Unidos, la muestra final fue de

420,790 parejas de entre 67 a 99 años ($M = 76.64$, $DE = 5.71$). A través de una regresión de riesgos proporcionales de Cox en donde se analizaba el tiempo transcurrido hasta el primer diagnóstico de ITS, se encontró que la pérdida de un cónyuge se asoció con un gran aumento en el riesgo de las conductas sexuales de riesgo para los hombres ($AHR = 1.16$, $IC\ 95\%: [1.03-1.29]$).

Amin (2014), llevó a cabo un estudio de investigación con el fin de examinar la asociación entre el capital social, diversas variables demográficas y socioeconómicas y las conductas sexuales de riesgo en adultos mayores de 55 años o más. La muestra estuvo compuesta de 548 participantes donde el 46.4% pertenecían al sexo masculino, la media de la edad fue de 66 años ($DE = 8.75$; Rango = 55-89). Un análisis de regresión logística binaria mostró que los adultos casados tenían 7 veces más probabilidades de tener sexo sin protección en comparación con aquellos que se encontraban solteros ($OR = 7.04$, $p < .001$).

Escolaridad

Odimegwu y Mutanda (2017) efectuaron una investigación con el objetivo de examinar las variables que predecían la conducta sexual de riesgo en hombres de 50 años y más en la región de África subsahariana. Los datos fueron obtenidos de encuestas demográficas y de salud de 10 países de África, se analizó una muestra de 5,394 hombres adultos de entre 50 y 64 años, con una media de edad de 54 años. El 31.1% ($n = 1,680$) no contaban con ningún grado de educación, 45.4% ($n = 2,448$) tenían educación primaria y 23.5% ($n = 1,265$) habían estudiado hasta la secundaria y más. A través de un análisis multivariado de regresión logística se encontró que los hombres con nivel de educación primaria ($AOR = 4.47$, $IC\ 95\%: [2.27-8.80]$) y secundaria ($AOR = 5.95$, $IC\ 95\%: [2.94-12.05]$) eran más propensos a hacer uso del condón durante la última relación sexual en comparación con aquellos sin educación.

Amin (2014), efectuó un estudio de investigación en donde examinó la asociación entre el capital social, diversas variables demográficas y socioeconómicas y

las conductas sexuales de riesgo en adultos mayores de 55 años o más. La muestra fue de 548 participantes donde el 46.4% pertenecían al sexo masculino, la mediana de edad fue de 66 años ($DE = 8.75$; Rango = 55-89). Mediante un análisis de regresión binaria se reportó que la educación tuvo una relación negativa con las relaciones sexuales sin protección, de manera que por cada año adicional de escolaridad la probabilidad de practicar sexo inseguro disminuía un 23% ($OR = 0.77, p < .01$).

Actitudes Hacia el Uso del Condón

Cheng et al. (2018) analizaron el conocimiento acerca de las ITS, y las actitudes de comportamientos de sexo seguro en hombres heterosexuales sexualmente activos que estuviesen usando un servicio de citas por internet en Australia. La muestra estuvo compuesta por 2,339 hombres mayores de 18 años, de los cuales 582 (25%) tenían entre 40 y 49 años, 643 (27.6%) tenían entre 50 a 59 años y 481 (20.6%) contaban con una edad de 60 años y más. Se reportaron actitudes negativas hacia el condón; más de la mitad de los participantes de entre 40 a 49 años ($n = 294, 52.6%$), los hombres de entre 50 a 59 años ($n = 352, 57%$) y los que tenían más de 60 años ($n = 259, 57.7%$) creían que el condón reducía el interés en el sexo y el placer sexual. Indicando una actitud negativa hacia el uso del condón.

Jones et al. (2013) exploraron las actitudes hacia los condones de hombres heterosexuales sexualmente activos de 50 años o más y que consumiesen medicamentos para el tratamiento de disfunción eréctil en Estados Unidos. La muestra fue de 50 hombres, con una mediana de edad de 60.56 años ($DE = 7.17$). El 56% ($n = 28$) tenían entre 50 y 59 años, 28% ($n = 14$) entre 60 y 69 años y el 16% ($n = 8$) entre 70 y 79 años. Las actitudes fueron medidas en base a subescalas acerca del impacto interpersonal, inhibición, riesgo percibido, seriedad percibida, actitudes globales, efecto sobre la experiencia sexual, seguridad de la relación y promiscuidad. En las actitudes globales, la puntuación media fue de 43.76 ($DE = 9.52$; Rango = 12,54) lo que señala una actitud positiva general hacia el uso de los condones. Se reportaron actitudes negativas hacia el

efecto de los condones en relación con el efecto de la experiencia sexual la puntuación media fue de 28.08 ($DE = 15.86$; Rango = 0,60).

Gómez Melasio (2021) llevó a cabo un estudio donde se analizaron los factores que influyen en la conducta sexual más segura en los adultos de mediana y tercera edad que residen en México. La muestra estuvo compuesta por 726 adultos donde 42.3% eran hombres y 57.7% mujeres, los participantes contaban con una mediana de edad de 45.69 años ($DE = 5.39$). En relación con las actitudes hacia el uso del condón se encontró que la actitud experiencial para el uso del condón ($\beta_1 = -.030, p > .05$) y la actitud instrumental para el uso del condón ($\beta_2 = -.026, p > .05$) no influyen en la conducta sexual más segura.

Tucker et al. (2013) examinaron los factores individuales, de pareja y contextuales al uso del condón en poblaciones de hombres heterosexuales jóvenes sin hogar en un barrio de Estados Unidos. El estudio fue realizado a 305 hombres mayores de 18 años ($M = 45.56, DE = 0.66$). Con respecto a las actitudes al uso del condón, se informó que los hombres eran menos propensos a usar condones cuando poseían actitudes negativas hacia estos independientemente del lugar donde se produjese el evento ($OR = 0.53, IC\ 95\%: [0.35-0.81]$).

Jiang et al. (2019) realizaron un estudio transversal en donde se empleó el modelo modificado de Información, Motivación, y Habilidades conductuales (IMB) para predecir el comportamiento de uso del condón entre los Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) de china. La muestra estuvo conformada por 976 hombres de 18 a 67 años, con una mediana de edad de 28.35 ($DE = 6.83$). En relación con las actitudes hacia el uso del condón se encontró una relación significativa con el uso del condón ($\beta = 0.432, p < .001$) de manera los hombres con una actitud personal positiva hacia el uso del condón tenían más probabilidades de mostrar una motivación más positiva para usar condones. Además, las habilidades de comportamiento mediaron las actitudes con el uso del condón ($\beta = 0.390, p < .001$).

Autoeficacia Hacia el Uso del Condón

Foster et al. (2010) llevaron a cabo un estudio transversal correlacional con el objetivo de indagar la relación del conocimiento acerca del VIH, la motivación para mantener sexo seguro, las habilidades para colocarse el condón y la efectividad percibida para practicar conductas sexuales seguras. La muestra estaba constituida por 106 hombres y mujeres solteros de entre 50 a 74 años ($M = 58.03$, $DE = 6.15$). Respecto a su orientación sexual 101 participantes (95.3%) reportaron ser heterosexuales.

Los resultados muestran que la efectividad percibida para realizar conductas sexuales de riesgo actuó como mediador para explicar la relación entre la autoeficacia y la conducta sexual de riesgo ($\beta = -.44$, $p < .05$); de manera que la efectividad percibida para realizar conductas sexuales más seguras predijo conductas sexuales de menor riesgo. Sin embargo, no se encontró una asociación significativa entre la autoeficacia y el uso del condón ($\beta = .15$, $p = .13$), por lo que no se pudo probar una relación mediadora.

Volkman et al. (2014) analizaron los factores asociados con la autoeficacia para el uso del condón en una muestra de 393 hombres mayores de 18 años que eran clientes de trabajadoras sexuales. El 12% se identificaba como homosexual o bisexual y el 94.7% prefería mantener relaciones sexuales con una mujer. La media de la edad fue de 37 años. En relación con la autoeficacia, los resultados reportan una asociación entre la autoeficacia para el uso del condón y el número informado de actos sexuales sin protección ($\beta = -0.33$, $p < .001$). Indicando que a mayor autoeficacia para el uso del condón se obtenían mayores expectativas de resultados para la negociación de relaciones sexuales más seguras.

Gómez Melasio (2021) realizó un estudio con el objetivo de analizar los factores que influyen en la conducta sexual más segura en los adultos de mediana y tercera edad que residen en México. La muestra estuvo compuesta por 726 adultos donde 42.3% eran hombres y 57.7% mujeres, los participantes contaban con una mediana de la edad de

45.69 años ($DE = 5.39$). A través de un análisis de regresión múltiple se encontró que la autoeficacia para el uso del condón ($\beta = .152, p < .01$) influyen directamente en la conducta sexual más segura. De manera que a mayor autoeficacia para el uso del condón se reportaban conductas sexuales más seguras.

Van-Huy et al. (2015) realizaron un estudio en dónde se utilizó el modelo modificado de Información, Motivación y Habilidades conductuales (IMB) para predecir el comportamiento del uso del condón entre los trabajadores de la calle en las zonas urbanas de Vietnam. La muestra estuvo compuesta por 450 hombres de entre 18 a 59 años, con una media de edad de 39 años ($DE = 10.29$). En relación con la orientación sexual, 92.2% de los participantes indicaron ser heterosexuales, 5.6% bisexuales y 2.2% homosexuales. Los resultados indican que las habilidades de comportamiento (autoeficacia hacia el condón) mediaron la relación entre la motivación y el comportamiento del uso del condón ($\beta = .66; p < .001$) por lo que los hombres que estaban motivados para participar en relaciones sexuales más seguras tenían más probabilidades de tener las habilidades de comportamiento necesarias.

Síntesis de Estudios Relacionados

La evidencia empírica encontrada hasta el momento no es concluyente; aunque si bien se ha reportado una relación entre las variables como mayor uso del condón en solteros, relaciones negativas con la escolaridad y sexo inseguro, mediación de la autoeficacia con conducta sexual segura y descripción actitudes hacia el uso del condón, estas variables han sido mayormente abordadas en poblaciones jóvenes, así como en hombres que tienen sexo con hombres.

Los estudios que han considerado a los adultos mayores han sido estudios descriptivos y/o exploratorios que no buscan relacionar estos factores con un aumento en la práctica de sexo inseguro. La escasez de estudios en adultos mayores que ha abordado relaciones entre las variables ha sido estudiada mayormente en mujeres y presentan inconsistencias en cuanto a las variables de la escolaridad, el estado civil y la

autoeficacia en comparación con poblaciones jóvenes. Dejando a un lado esta población de adultos hombres.

Y recordando las estadísticas que han afectado mayormente a poblaciones de hombres, el aumento en las cifras de adultos mayores y las consecuencias en este grupo de edad, los posicionan como un grupo vulnerable sobre el que no existe mucha investigación al respecto. Asimismo, es importante señalar que, en México, son pocos los estudios identificados que abordan las variables de interés descritas en el presente estudio.

Objetivo General

Determinar el efecto del estado civil, escolaridad, actitudes y autoeficacia hacia el uso del condón en la conducta sexual segura en hombres heterosexuales de mediana edad y mayores.

Objetivos Específicos

1. Describir el estado civil y la escolaridad en hombres adultos heterosexuales de mediana edad y mayores.
2. Describir las actitudes hacia el uso del condón en hombres adultos heterosexuales de mediana edad y mayores.
3. Describir la autoeficacia hacia el uso del condón en hombres adultos heterosexuales de mediana edad y mayores.
4. Describir la conducta sexual segura en hombres adultos heterosexuales de mediana edad y mayores.

Hipótesis

H₁: La autoeficacia hacia el uso del condón tiene efecto mediador en actitud hacia el uso del condón sobre la conducta sexual segura.

Definición de Términos

Estado Civil

Entendido como la condición legal de unión o matrimonio de las personas en el momento de la entrevista. Incluye las categorías de soltero, casado, en unión libre, divorciado y viudo. Fue medido mediante ítems de la cédula de datos personales (CONAPO, s.f.).

Escolaridad

Descrito como el grado de estudio más alto aprobado en cualquiera de los niveles del Sistema Educativo Nacional o su equivalente en el caso de estudios en el extranjero. Los niveles son: preescolar o kinder, primaria, secundaria, preparatoria o bachillerato, normal básica, carrera técnica o comercial, profesional y maestría o doctorado. Será medido por la cédula de datos personales (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], s.f.).

Actitudes Hacia el Uso del Condón

Hace referencia a la expresión de un sentimiento o una actitud hacia el uso del condón en relación con su confiabilidad y efectividad, placer sexual, estigma de uso, vergüenza asociada a la negociación y compra de condones. Fue medida mediante la Escala de actitudes multidimensionales del condón de Helweg-Larsen y Collins (1994).

Autoeficacia Hacia el Uso del Condón

Se refiere a la percepción que tienen los adultos de mediana edad y mayores sobre su capacidad con relación al uso del condón, respecto a adquirirlos, colocárselos correctamente, que sean placenteros, negociar el uso del condón con la pareja sexual, y evitar situaciones que puedan conducir al sexo sin condón. Fue medida con la escala de autoeficacia del uso del condón de Dilorio, Maibach, O'Leary, Sanderson y Celentano (1997).

Conducta Sexual Segura

Descrita como la práctica que evita o reduce el riesgo de exposición o transmisión del VIH, con relación al uso del condón en las relaciones sexuales y la negociación del uso del condón. La variable fue medida utilizando la subescala del uso del condón del Cuestionario de conducta sexual segura (Dilorio, Parsons, Lehr, Adame, & Carlone, 1992).

Capítulo II

Metodología

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

Diseño del Estudio

El presente trabajo de investigación utilizó un diseño descriptivo correlacional, de acuerdo con los criterios establecidos por Grove et al. (2012). Se considera un diseño correlacional ya que el objetivo central es analizar las relaciones de las variables sobre la conducta sexual segura. Además, se considera de tipo transversal ya que la recolección de datos fue realizada en un momento específico.

Población, Muestra y Muestreo

La población estuvo conformada por hombres adultos que residan en la república mexicana. El tamaño de la muestra fue calculado a través del paquete estadístico G*Power® considerando cuatro variables independientes con un nivel de significancia de .05, un poder del 90% y un coeficiente de determinación de $R^2 = .06$ para una prueba de regresión lineal múltiple, el resultado fue de 274 participantes. Fue utilizado un muestreo virtual online, a través de la red social Facebook; el cual ha mostrado eficacia en poblaciones clave para la recolección de datos sobre temas sensibles como la conducta sexual (Baltar & Gorjup, 2012; Rao et al., 2017).

Criterios de Inclusión

Se incluyeron hombres de 45 a 74 años, heterosexuales, con actividad sexual vaginal, anal u oral en los últimos 12 meses con dos o más parejas del sexo femenino. Esta información se obtuvo mediante preguntas filtro previas al llenado de los instrumentos de

medición ¿Se considera un hombre: Heterosexual, Gay/Homosexual, Bisexual, Otro? y ¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales, orales o anales en los últimos 12 meses con dos o más parejas del sexo femenino? Se considerará a partir de los 45 años por ser el inicio de la mediana edad (WordReference, s.f., definición 1). Y como límite de edad hasta los 74 años por el declive de la actividad sexual (Foster, 2010). Tener dos o más parejas sexuales en los últimos 12 meses se considerará como criterio de inclusión ya que la literatura indica que las personas que se etiquetan a sí mismas como monógamas tienen menos probabilidades de participar en conductas sexuales más seguras (Conley et al., 2015; Lehmiller, 2015).

Criterios de Eliminación

Se excluyeron a los participantes que refieran alguna ITS actual o estado serológico positivo al VIH, dado que las conductas sexuales de riesgo pueden verse influenciadas con la tendencia a disminuir sus prácticas sexuales (Zamberia, 2009), lo anterior fue evaluado a través de la pregunta filtro ¿Actualmente padece alguna infección de transmisión sexual? (Apéndice B). De la misma manera, se excluyeron aquellos sujetos que decidieron abandonar su participación en el estudio, así como los participantes que no contestaban más del 80% de las preguntas de los instrumentos de medición.

Instrumentos de Medición

Se describen los instrumentos que se utilizaron para medir las variables del estudio.

Cédula de Datos Personales

Para conocer las características sociodemográficas de los participantes se diseñó una Cédula de Datos Personales, la cual incluye edad, estado civil y escolaridad. Se evaluó el historial de ITS como contexto para la investigación.

Actitudes Hacia el Uso del Condón

Se utilizó la escala multidimensional de actitudes hacia el uso del condón de Helweg-Larsen y Collins (1994) adaptada al español por Gómez Melasio (2021). La escala proporciona información acerca de las actitudes hacia el uso del condón en relación con la confiabilidad y efectividad de los condones; placer sexual asociado con el uso de condones; estigma asociado con las personas que usan condones; vergüenza asociada con la negociación del uso de condones; y vergüenza asociada con la compra de condones. Consta de un total de 32 reactivos que fueron medidos mediante una escala con opciones de respuesta tipo Likert de cinco puntos que van desde totalmente de muy en desacuerdo=1, en desacuerdo= 2, ni de cuerdo ni en desacuerdo=3, de acuerdo= 4 y muy de acuerdo=5.

Ejemplos de ítems son: “Los condones no son confiables” y “Los condones arruinan el acto sexual”. Al invertir los ítems: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 22, 23, 24 y 25, las puntuaciones más altas indican actitudes más positivas. La escala ha reportado un Alpha de Cronbach de las subescalas que oscila entre .77 y .84. Cuenta con datos de validez mediante análisis factoriales confirmatorios de las dimensiones asociadas al placer sexual y vergüenza de negociar y adquirir condones ($CFI = .96, p < .001$) y a las dimensiones de confiabilidad, efectividad y estigma ($CFI = .79, p < .001$) (Gómez Melasio, 2021).

Autoeficacia Hacia el Uso del Condón

La variable de autoeficacia para el uso del se midió a través de la escala de Autoeficacia hacia el uso del condón de Dilorio et al. (1997) adaptada al español por Gómez Melasio (2021). El objetivo principal del instrumento es medir la percepción de las personas sobre su capacidad en el uso del condón en relación con adquirir y conservar los condones disponibles; ponerse un condón correctamente; hacer que el uso del condón sea placentero; negociar el uso del condón con una pareja sexual; y evitar situaciones que puedan llevar a tener relaciones sexuales sin condón. La escala consta de

27 reactivos que fueron medidos por una escala de cinco puntos que van desde nada seguro =1, inseguro=2, algo seguro=3, seguro= 4, a totalmente seguro= 5, en dónde a mayor puntaje, mayor autoeficacia hacia el uso del condón.

Ejemplos de ítems son: “Puedo evitar situaciones que puedan llevar al sexo no seguro” y “Puedo interrumpir la relación sexual antes de la penetración para usar un condón, aun si estoy muy excitado “. La escala tiene un Alfa de Cronbach de .92 y para los datos de validez cuenta con análisis factoriales confirmatorios ($CFI = .92, p < .001$) (Gómez Melasio, 2021).

Conducta Sexual Segura

Para medir la variable de conducta sexual más segura se utilizó el cuestionario de Conducta sexual segura de Dilorio et al. (1992) adaptada al español por Gómez Melasio (2021). El propósito del cuestionario es medir la regularidad de las conductas de sexo seguro a través de 27 ítems. Para el presente estudio se incluyen 13 ítems, aquellos acerca de la protección durante el coito (uso del condón); habilidades de asertividad; y evitar conductas de riesgo.

Fueron medidos mediante opciones de respuesta con escala de 4 puntos que van desde: 1 = nunca, 2 = a veces, 3 = casi siempre y 4 = siempre, indicando que, a mayor puntaje, mayor frecuencia de prácticas sexuales seguras. Ejemplos de ítems son: “Evito el contacto directo con el semen o las secreciones vaginales de mi pareja sexual” y “Uso condón cada vez que tengo relaciones sexuales”. El cuestionario ha reportado un Alfa de Cronbach de .75 y cuenta con un análisis factorial confirmatorio ($CFI = .88, p < .001$) (Gómez Melasio, 2021).

Procedimiento de Recolección de Datos

Previo al levantamiento de datos, se solicitó autorización a los Comités de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Después de haber obtenido su aprobación, se procedió a utilizar un muestreo virtual online a través de la red social Facebook® hasta completar

de 218 participantes; y en donde a través de promoción publicitaria de una página creada para el proyecto, se invitó a los adultos a participar. Dicha promoción fue configurada estratégicamente para presentarse entre adultos de mediana edad y mayores que residían en Monterrey, Nuevo León; e incluyó información precisa del estudio.

Además, a través de la página, se identificaron grupos en Facebook® de adultos de mediana edad y mayores que residan en Nuevo León, en donde se publicó la invitación a participar en el estudio, previamente se contactó a los administradores de los grupos para solicitar autorización de publicar la invitación.

Una vez establecido el contacto con los participantes, a las personas interesadas en participar se les envió un mensaje a través de la mensajería de Facebook® (Messenger). Se les brindó información acerca del objetivo del estudio y en qué consistía su participación; con la finalidad de resolver posibles dudas. Se les describió que consiste en un cuestionario en línea, creado mediante la plataforma QuestionPro®; además, que podrían participar para recibir una de las remuneraciones económicas de tiempo aire que fueron sorteadas a través de la plataforma ShortStack®. Posterior a la invitación al cuestionario, se le insistió los participantes del estudio en tres ocasiones (tres días) para dar respuesta al cuestionario. En caso de no cumplir con los criterios requeridos para participar en el estudio, la plataforma dio por finalizado el cuestionario, agradeciendo por su participación y se les aclaró que no serían considerados para el sorteo.

Para aquellos participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, el cuestionario avanzó mostrando el consentimiento informado (Apéndice A) con una descripción detallada del estudio. El participante decidía si daba su consentimiento y continuaba o no con el cuestionario. El orden de aparición de los instrumentos en la plataforma fue el siguiente: cédula de datos personales (Apéndice C) escala de actitudes hacia el uso del condón (Apéndice D) escala de autoeficacia hacia el uso del condón (Apéndice E) y escala de conducta sexual segura (Apéndice F). Al término de la

encuesta, se les agradeció a todos los participantes por su tiempo. Los datos recolectados a través de las encuestas fueron capturados y analizados en el programa estadístico SPSS versión 21.

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], 1987; Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014) el cual establece los lineamientos y principios éticos generales a los que debe apegarse toda investigación científica en el área de la salud que involucre seres humanos; con el objetivo de garantizar la dignidad humana, los derechos y el bienestar de la persona (Artículo 13). Por lo que se otorgó un trato de respeto a los participantes; además se contó con la autorización del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Artículo 14, fracciones IV, VI, VII).

Para cuidar la privacidad de los datos que identificaron a los participantes, se mantuvo el anonimato, respetando su privacidad e informando que los datos fueron analizados de manera estadística y solamente manipulados por el investigador principal; garantizando así la confidencialidad de los datos (Artículo 16). Se brindó un consentimiento informado virtual que describa de manera clara y completa los objetivos. Además, se les enfatizará que tendrán la libertad de terminar su participación en el estudio en el momento que lo consideren conveniente (Artículo 21, fracción I, V, VII, VIII).

Así mismo, se aclararon las dudas que pudiesen presentarse, con el objetivo de que posean la suficiente información y que esto les permitiese aceptar o rechazar su participación (Artículo 20, Artículo 21, fracción I, II, III, VI, VII, Artículo 22, fracción I, II, III).

Con base en el Artículo 17, se considera que el estudio es de riesgo mínimo, debido a que se abordan aspectos que puedan causar inquietud e incomodidad al hablar

de temas de índole personal y sexual, en todo caso, se proporcionó un correo electrónico para resolver dudas o recibir sugerencias para que puedan ser resueltas. Se dejó en claro que los datos que se obtengan no podrían ser utilizados en perjuicio de ellos mismos, sino exclusivamente para fines de investigación y difusión de los resultados (Artículo 17, fracción II, Artículo 58, fracción II).

Plan de Análisis de Datos

Para el análisis de datos se utilizó el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 21. Previo al análisis de los objetivos se verificó la normalidad de la distribución de las variables por medio de la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors.

A través de la estadística descriptiva como frecuencias y medidas de tendencia central, se dio respuesta a los objetivos específicos que son describir las variables sociodemográficas de estado civil y escolaridad, así como las variables de actitudes, autoeficacia y la conducta sexual segura en hombres.

Así mismo, para la hipótesis que establece comprobar si la autoeficacia hacia el uso del condón tiene efecto mediador en la actitud hacia el uso del condón sobre la conducta sexual segura se realizó un análisis de mediación siguiendo los pasos propuestos por Andrew F. Hayes (2018). El modelo de mediación tiene sus raíces en los modelos clásicos de regresión lineal, examina el efecto de una o más variables mediadoras en la relación entre las variables independientes (x) y dependientes (y). Las ecuaciones formuladas por Andrew Hayes para el modelo de mediación calculan los efectos directos ($a*b$), indirectos y totales ($a*b+ c$), así como los coeficientes de regresión estandarizados y no estandarizados, los errores estándar y otras estadísticas, incluidos los valores de t y p y la R^2 . El modelo de mediación fue realizado con la macro Process para SPSS de Andrew F. Hayes.

Para dar respuesta al objetivo general de analizar la influencia del estado civil, escolaridad, actitudes y autoeficacia hacia el uso del condón en la conducta sexual segura en hombres heterosexuales de mediana edad y mayores, se realizó una regresión lineal múltiple considerando un nivel de significancia de $p = .05$. Así como correlaciones de Spearman y la prueba de chi cuadrada.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se presentan los resultados estadísticos del estudio. Primeramente se incluyen las características sociodemográficas de los participantes del estudio, así como la estadística descriptiva seguida de la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors de las variables. Posteriormente se presenta la consistencia interna de los instrumentos (Alpha de Cronbach), y finalmente se reporta la estadística inferencial con el fin de responder al objetivo general e hipótesis.

Características Sociodemográficas

En el estudio participaron 282 hombres adultos de mediana edad y mayores residentes de la república mexicana, de los cuales, ocho participantes reportaron la presencia actual de una ITS, por lo que la muestra final fue de 274. La edad de los participantes osciló entre 45 y 70 años, con una media de edad de de 52.4 ($Mdn = 52$; $DE = 5.6$). Para dar respuesta al objetivo específico número uno de describir el estado civil y la escolaridad en hombres adultos heterosexuales de mediana edad y mayores en la tabla 1 se muestra que 35.8% reportó ser casado y 17.2% estar divorciado. En relación con la escolaridad, se encontró que 40.9% cuenta con preparatoria y 39.1% con licenciatura o Ingeniería.

Con respecto al estado de origen, 27.8% afirman ser originarios de la Ciudad de México, 8.2% del estado de Baja California Norte, 7.1% de Veracruz y 57% de otros estados de la república mexicana.

Tabla 1*Características Generales de la Población*

Características	<i>f</i>	%
Estado Civil		
Soltero	30	10.9
Casado	98	35.8
Divorciado	47	17.2
Viudo	9	3.3
Unión Libre	46	16.8
Separado	44	16.1
Escolaridad		
Secundaria	35	12.8
Preparatoria/Técnica	112	40.9
Licenciatura/ Ingeniería	107	39.1
Posgrado	15	5.5

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 274

Historia de Infecciones de Transmisión Sexual

Para contextualización de la información se evaluó el historial previo de ITS. El 21.2% (58) afirmaron haber padecido alguna infección de transmisión sexual alguna vez en su vida; entre las que se encuentran Gonorrea (24.1%), VPH (13.7%) y Candidiasis (10.3%) (Tabla 2).

Tabla 2*Historia de Infecciones de Transmisión Sexual*

ITS	<i>f</i>	%
Candidiasis	6	10.3
Clamidia	3	5.1
Gonorrea	14	24.1
Ladillas	3	5.1
Herpes	5	8.6
VPH	8	13.7
Sífilis	3	5.1
Sin especificar	11	18.9

Nota: *f* = frecuencia; % = porcentaje; *n* = 58

Estadística Descriptiva de las Variables del Estudio

A continuación, se presenta la estadística descriptiva y el resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors en donde se muestra que las variables no mostraron distribución normal.

Para dar respuesta a los objetivos específicos dos, tres y cuatro de describir las variables del estudio, la actitud hacia el uso del condón obtuvo una media de 73.5 ($DE = 13.1$) que se encuentra por encima del punto intermedio lo que significa que los participantes mostraban actitudes positivas hacia el uso del condón. Respecto a la autoeficacia hacia el uso del condón la media fue de 73.45 ($DE = 16.0$) que se encuentra por encima del punto intermedio, lo que indica que los participantes reportaron mayor autoeficacia hacia el uso del condón. En relación con la Conducta Sexual Segura la media fue de 56.63 ($DE = 19.1$) por encima del punto intermedio indicando mayor frecuencia de prácticas sexuales seguras (Tabla 3).

Tabla 3

Estadística Descriptiva de las Variables del Estudio

Variable	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Da</i>	<i>p</i>
Actitudes hacia el uso del condón	73.51	73.44	13.16	30	98	.041	.200
Autoeficacia hacia el uso del condón	73.45	75.00	16.06	10	100	.085	.000
Conducta Sexual Segura	56.63	58.97	19.17	5	92	.064	.007

Nota: M= Media; Mdn= Mediana; DE=Desviación Estándar; Min= valor mínimo; Max= valor máximo; Da= Prueba de normalidad con corrección de Lilliefors, n = 274

Adicionalmente, los datos descriptivos de los ítems se encuentran en el apartado de apéndices (apéndice G). En la tabla 4 se presentan las frecuencias y porcentajes de los ítems de la Escala Multidimensional de Actitudes del Condón. De acuerdo con los resultados se observa que 66.2% de los participantes consideran estar “Muy de acuerdo” en que los condones son efectivos para prevenir contagiarse de enfermedades de transmisión sexual. El 60.1% de los participantes mencionan estar “Muy de acuerdo” en que comprar condones es vergonzoso. El 55.5% coinciden en estar “Muy de acuerdo” en que les daría vergüenza ser vistos comprando condones en una tienda. El 52% de los participantes están “muy de acuerdo” en que las personas que sugieren el uso del condón son un poco anticuadas.

Tabla 4

Frecuencias y Porcentajes de la Escala Multidimensional Actitudes del Condón

Ítems	MD		D		NIDA		DA		MA	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Es muy difícil mencionar el tema del uso de condones a mi pareja.	49	17.4	45	16.0	59	21.0	65	23.1	63	22.4
Creo que el uso del condón interrumpe el juego sexual previo.	12	4.3	47	16.7	53	18.9	93	33.1	76	27.0
Las mujeres piensan que los hombres que usan condones son idiotas.	4	1.4	6	2.1	40	14.2	100	35.6	129	45.9
Creo que los condones son efectivos para prevenir contagiarse de enfermedades de transmisión sexual.	17	6.0	8	2.8	1	.4	69	24.6	186	66.2
Si tuviera que comprar condones para usarlos yo, me sentiría incómodo al comprarlos.	7	2.5	14	5.0	24	8.5	98	34.9	138	49.1

Ítems	MD		D		NIDA		DA		MA	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Los condones no son confiables.	10	3.6	33	11.7	36	12.8	91	32.4	110	39.1
Si tuviera que sugerirle a mi pareja que usemos condón, me daría vergüenza.	3	1.1	14	5.0	27	9.6	101	35.9	136	48.4
Creo que los condones arruinan el sexo	8	2.8	23	8.2	47	16.7	86	30.6	117	41.6
Creo que los condones son un excelente método para no embarazarse.	11	3.9	17	6.0	16	5.7	110	39.1	126	44.8
No creo que comprar condones sea incómodo.	15	5.3	22	7.8	13	4.6	86	30.6	145	51.6
Creo que comprar condones es vergonzoso	1	.4	6	2.1	9	3.2	96	34.2	169	60.1
Sería fácil sugerirle a mi pareja que usemos un condón.	13	4.6	24	8.5	28	10.0	100	35.6	116	41.3
Si una pareja está a punto de tener relaciones sexuales y uno de los dos sugiere usar un condón, quizá ya no tengan relaciones sexuales.	6	2.1	20	7.1	51	18.1	110	39.1	93	33.1
Creo que los condones no ofrecen protección confiable.	15	5.3	25	8.9	25	8.9	110	39.1	105	37.4
Los condones son muy divertidos.	15	5.3	37	13.2	109	38.8	77	27.4	43	15.3
No sé qué decir cuando mi pareja y yo necesitamos hablar sobre condones u otra protección.	5	1.8	18	6.4	47	16.7	105	37.4	106	37.7
Me daría vergüenza ser visto comprando condones en una tienda.	2	.7	9	3.2	20	7.1	94	33.5	156	55.5
Las personas que sugieren el uso del condón son un poco anticuadas.	6	2.1	5	1.8	19	6.8	105	37.4	146	52.0

Ítems	<i>MD</i>		<i>D</i>		<i>NIDA</i>		<i>DA</i>		<i>MA</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	
El uso de condones puede hacer que el sexo sea más estimulante o excitante.	19	6.8	44	15.7	91	32.4	77	27.4	50	17.8
Los condones son un método eficaz para no tener hijos.	6	2.1	29	10.3	20	7.1	131	46.6	95	33.8
Me siento cómodo hablando de condones con mi pareja.	6	2.1	24	8.5	52	18.5	115	40.9	84	29.9
Los hombres que sugieren usar un condón son realmente aburridos.	4	1.4	3	1.1	35	12.5	121	43.1	118	42.0
Cuando necesito condones, a menudo temo tener que comprarlos.	4	1.4	15	5.3	22	7.8	112	39.9	127	45.2
Creo que una persona que sugiere usar un condón no confía en su pareja.	10	3.6	33	11.7	39	13.9	96	34.2	103	36.7
Los condones son incómodos para ambas partes	8	2.8	32	11.4	55	19.6	104	37.0	82	29.2
Creo que usar condón hace que se sienta menos.	13	4.6	65	23.1	51	18.1	84	29.9	68	24.2
Creo que el uso del condón es solo para los jóvenes.	4	1.1	9	3.2	13	4.6	112	39.9	142	50.5
Creo que las personas que sugieren usar un condón solo buscan tener sexo.	12	4.3	28	10.0	45	16.0	105	37.4	91	32.4
Creo que las personas que sugieren usar un condón, es porque tienen sexo con cualquiera.	10	3.6	30	10.7	41	14.6	110	39.1	90	32.0

Ítems	MD		D		NIDA		DA		MA	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Creo que el uso del condón no es para las personas de mi edad.	1	.4	7	2.5	14	5.0	117	41.6	142	50.5
Creo que no es necesario usar condón con tu pareja estable o esposo(a).	40	14.2	75	26.7	47	16.7	76	27.0	43	15.3
Creo que no es necesario usar condón cuando se conoce muy bien a la pareja	33	11.7	69	24.6	48	17.1	87	31.0	44	15.7

Nota: MD = Muy en Desacuerdo, D = Desacuerdo, NIDA = Ni en desacuerdo, ni de acuerdo, DA = De acuerdo, MA = Muy de Acuerdo; f = Frecuencia, % = porcentaje; n = 274

En cuanto a la autoeficacia hacia el uso del condón, 49.5% de los participantes consideran que están seguros en usar condón (o su pareja) y disfrutar la experiencia. El 49.1% de los participantes mencionan que están muy seguros en considerar que pueden usar condón (o su pareja sexual), incluso si pagan o le pagan por tener sexo. El 48.8% de los participantes indican estar seguros en que pueden hablar con todas sus parejas nuevas sobre la importancia del uso del condón (Tabla 5).

Tabla 5

Frecuencias y Porcentajes de la Escala de Autoeficacia de Uso del Condón

Ítems	MI		I		AS		S		MS	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Puedo decir “no” a tener sexo con una nueva pareja si no tenemos condón, aunque tengamos muchas ganas de tener sexo.	17	6.0	28	10.0	47	16.7	98	34.9	90	32.0

Ítems	MI		I		AS		S		MS	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Puedo evitar situaciones que podrían terminar en sexo sin condón, cuando no tengo un condón.	17	6.0	28	10.0	47	16.7	98	34.9	90	32.0
Puedo decir “no” a tener sexo si mi pareja y yo no tenemos un condón, aunque no lo hayamos usado anteriormente.	30	10.7	56	19.9	53	18.9	97	34.5	45	16.0
Puedo evitar tomar alcohol o consumir drogas cuando voy a tener relaciones sexuales.	23	8.2	20	7.1	23	8.2	91	32.4	124	44.1
Puedo hablar con mi pareja sobre el uso del condón incluso antes de excitarme demasiado.	9	3.2	11	3.9	20	7.1	145	51.6	96	34.2
Puedo usar condón (yo o mi pareja sexual), incluso si pago o me pagan por tener sexo.	11	3.9	13	4.6	19	6.8	98	34.9	138	49.1
Puedo hablar con cada una de mis parejas sobre la importancia del uso de condones, incluso las personas con las que he tenido relaciones sexuales anteriormente.	8	2.8	8	2.8	26	9.3	129	45.9	108	38.4
Puedo llevar un condón conmigo cuando salgo, por si lo llego a necesitar.	17	6.0	18	6.4	23	8.2	111	39.5	112	39.9

Ítems	MI		I		AS		S		MS	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Puedo hablar con todas mis parejas nuevas sobre la importancia del uso del condón.	11	3.9	10	3.6	17	6.0	137	48.8	106	37.7
Puedo encontrar otras actividades placenteras (como la masturbación mutua) cuando no hay condones.	9	3.2	13	4.6	35	12.5	119	42.3	105	37.4
Me puedo detener antes de la penetración para ponerme el condón o para que mi pareja se lo ponga, aunque esté muy excitado.	15	5.3	24	8.5	26	9.3	124	44.1	91	32.4
Siempre puedo tener un condón a la mano por si lo llego a necesitar.	17	6.0	26	9.3	45	16.0	109	38.8	84	29.9
Puedo quitarme (o quitar a mi pareja) aún con erección después de haber terminado cuando tengo sexo con condón.	19	6.8	33	11.7	35	12.5	128	45.6	66	23.5
Puedo poner un condón, aunque el lugar esté oscuro.	8	2.8	14	5.0	27	9.6	125	44.5	106	37.7
Puedo usar un condón sin dificultad.	4	1.4	13	4.6	13	4.6	126	44.8	125	44.5
Si tuviera relaciones con una nueva pareja, puedo poner un condón, aunque esté nervioso.	5	1.8	11	3.9	20	7.1	127	45.2	117	41.6

Ítems	MI		I		AS		S		MS	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Puedo poner un condón sin que se resbale o se rompa.	6	2.1	4	1.4	23	8.2	132	47.0	114	40.6
Pude hacer que cada pareja con la que tuve sexo anteriormente usará condón aun y cuando mi pareja no quería usarlo.	20	7.1	29	10.3	42	14.9	126	44.8	63	22.4
Puedo hacer que usemos condón, aunque mi pareja no quiera y no lo hayamos usado antes.	10	3.6	29	10.3	58	20.6	124	44.1	60	21.4
Si tuviera relaciones con una nueva pareja, puedo hacer que usemos condón, aunque mi pareja no quiera.	9	3.2	27	9.6	45	16.0	124	44.1	76	27.0
Puedo hacer que el sexo con condón sea placentero.	8	2.8	13	4.6	29	10.3	116	41.3	115	40.9
Puedo hacer que el sexo con condón sea divertido con una pareja, aunque no lo hayamos usado en el pasado.	5	1.8	16	5.7	36	12.8	129	45.9	94	33.5
Puedo usar condón (yo o mi pareja) y disfrutar la experiencia.	7	2.5	10	3.6	19	6.8	139	49.5	106	37.7
Puedo poner un condón sin arruinar el momento	8	2.8	12	4.3	28	10.0	128	45.6	104	37.0

Ítems	MI		I		AS		S		MS	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Si tuviera relaciones con una nueva pareja, puedo hacer que usemos condón, aunque yo haya tomado alcohol o consumido drogas.	11	3.9	23	8.2	35	12.5	132	47.0	79	28.1
Puedo hacer que mi pareja y yo usemos condón, aunque no lo hayamos usado antes, y yo haya tomado alcohol o consumido drogas	17	6.0	24	8.5	36	12.8	130	46.3	73	26.0

Nota: MI = Muy Inseguro, I = Inseguro, AS = Algo Seguro, S = Seguro, MS = Muy Seguro; *f* = Frecuencia, % = porcentaje; *n* = 274.

En relación con la conducta sexual segura, en la tabla 6 se observa que 62.3% de los participantes practican siempre sexo anal sin usar condón. El 50.5% siempre llevan un condón cuando creen que una cita puede terminar en un encuentro sexual. Si saben que una cita se puede transformar en un encuentro sexual, 50.5% siempre tienen en mente practicar sexo seguro. El 49.9% siempre tienen relaciones sexuales sin usar condón si se dejan llevar por la pasión del momento.

Tabla 6

Frecuencias y Porcentajes de Cuestionario de Conducta Sexual Segura

Ítems	N		AV		MT		S	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Insisto en usar condón cuando tengo relaciones sexuales.	28	10.0	86	30.6	87	31.0	80	28.5
Detengo el jugueteo sexual inicial para ponerme un condón o que mi pareja se lo ponga.	36	12.8	76	27.0	80	28.5	89	31.7

Ítems	N		AV		MT		S	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Le pregunto a mi(s) pareja(s) sexual(es) sobre su historial sexual.	70	24.9	110	39.1	55	19.6	45	16.0
Uso condón (o mi pareja lo usa) cada vez que tenemos relaciones sexuales.	40	14.2	87	31.0	79	28.1	75	26.7
Me abstengo de tener relaciones sexuales con alguien del cual desconozca su historial sexual.	47	16.7	80	28.5	74	26.3	80	28.5
Siempre llevo un condón cuando creo que una cita puede terminar en un encuentro sexual.	32	11.4	58	20.6	47	16.7	142	50.5
Si estoy en desacuerdo con la información que mi pareja tiene sobre la práctica de sexo seguro, enseguida doy mi punto de vista.	26	9.3	56	19.9	91	32.4	108	38.4
Practico sexo oral sin usar condón.	71	25.3	64	22.8	82	29.2	59	21.0
Si me dejo llevar por la pasión del momento, tengo relaciones sexuales sin usar condón.	17	6.0	28	10.0	118	42.0	115	40.9
Si sé que una cita se puede transformar en un encuentro sexual, tengo en mente practicar sexo seguro.	16	5.7	42	14.9	81	28.8	142	50.5
Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin usar condón, yo me rehúso a hacerlo.	54	19.2	118	42.0	44	15.7	65	23.1
Hablo sobre sexo seguro con mi(s) pareja(s) sexual(es).	20	7.1	66	23.5	74	26.3	119	42.3
Practico sexo anal sin usar condón.	14	5.0	19	6.8	71	25.3	175	62.3

Nota: N = Nunca, AV = A veces, MT = La mayoría del tiempo, S = Siempre; *f* = Frecuencia, % = porcentaje; n = 274.

Confiabilidad de los Instrumentos

A continuación, se muestra la confiabilidad de los instrumentos. Para determinar la consistencia interna se calculó a través del Coeficiente Alpha de Cronbach, obteniendo puntuaciones que se consideran aceptables de acuerdo con Grove et al. (2012) (Tabla 7).

Tabla 7

Consistencia Interna de los Instrumentos

Instrumento	Número de ítems	Alpha de Cronbach
Escala multidimensional de actitudes del condón	32	.90
Escala autoeficacia del uso del condón	26	.93
Cuestionario de conducta sexual segura	13	.87

Nota: n =274

Estadística Inferencial

A continuación, se presentan las pruebas estadísticas no paramétricas que fueron utilizadas para dar respuesta al objetivo general. Con la finalidad de interrelacionar las variables independientes, se realizó una tabla de Correlaciones de Spearman, en donde se puede observar que la conducta sexual segura mostró relación estadística con las actitudes hacia el uso del condón ($r_s = .492, p < .001$) y la autoeficacia hacia el uso del condón ($r_s = .667, p < .001$), el resto de las relaciones se muestran en la tabla 8. Cabe destacar que solo se incluyeron en las tablas aquellas variables que demostraron significancia estadística. Para las variables categóricas se utilizó la prueba de chi cuadrada para correlacionar el estado civil ($\chi^2 = 326, p = .614$), y la escolaridad

($\chi^2 = 288, p = .184$) con la conducta sexual segura donde no se encontraron diferencias significativas.

Tabla 8

Matriz de Correlaciones entre Variables

Variable		1	2	3
1.Actitudes hacia el uso del condón	r_s		.657**	.492**
2.Autoeficacia hacia el uso del condón	r_s			.667**
3.Conducta Sexual Segura	r_s			

Nota: r_s = Coeficiente de Correlación; p = significancia; ** $p < .001$; * $p < .05$

Para responder al objetivo general que plantea determinar el efecto del estado civil, escolaridad, actitudes y autoeficacia hacia el uso del condón en la conducta sexual segura en hombres heterosexuales de mediana edad y mayores se realizó un análisis de regresión múltiple considerando como variable dependiente la conducta sexual segura. Se encontró que, la actitud hacia el uso del condón ($\beta = .058, p < .05$), autoeficacia hacia el uso del condón ($\beta = .259, p < .01$), escolaridad secundaria ($\beta = 5.612, p < .05$), escolaridad preparatoria ($\beta = 5.291, p < .05$), y escolaridad licenciatura o ingeniería ($\beta = 5.169, p < .05$) influyen en la conducta sexual segura (Tabla 9).

Tabla 9*Análisis de Regresión de Variables del Estudio con Bootstrap para 10000 Muestras*

Variable	β	SE	p	IC 95%	
				Inferior	Superior
Constante	-3.433	4.295	.418	-11.078	5.368
Autoeficacia hacia el uso del condón	.259	.026	.001	.211	.311
Actitudes hacia el uso del condón	.058	.026	.024	.007	.108
Estado civil soltero	-1.079	1.891	.558	-4.968	2.436
Estado civil casado	-.268	1.753	.872	-3.941	2.927
Estado civil divorciado	.063	1.846	.973	-3.702	3.545
Estado civil unión libre	-1.367	2.023	.484	-5.545	2.388
Estado civil separado	-.965	1.883	.594	-4.831	2.590
Escolaridad secundaria	5.612	3.348	.047	.413	13.733
Escolaridad preparatoria	5.291	3.171	.040	.802	13.075
Escolaridad licenciatura o ingeniería	5.169	3.185	.048	.738	13.093
Escolaridad posgrado	3.785	3.315	.180	-1.128	11.922

Nota: Variable dependiente = Conducta sexual segura; β = valor de beta, coeficiente no estandarizado; SE = Error estándar; p = valor de probabilidad; IC = Intervalo de confianza; n = 274

Para dar respuesta a la hipótesis, que plantea si la autoeficacia hacia el uso del condón tiene efecto mediador en la actitud hacia el uso del condón sobre la conducta sexual segura se realizó un análisis de mediación siguiendo los pasos propuestos por Andrew F. Hayes (2018) para identificar el efecto directo e indirecto de las variables. En la tabla 10 se muestra que las actitudes hacia el uso del condón tienen relación directa con la conducta sexual segura ($p < .05$). En la tabla 11 se presenta que la autoeficacia hacia el uso del condón tiene efecto mediador entre las actitudes y la conducta sexual

segura ($p < .05$). Es decir, que, a mayores actitudes, hay mayor autoeficacia, lo cual lleva a tener mayor conducta sexual segura.

Tabla 10

Efecto Directo de la Variable Independiente sobre la Conducta Sexual Segura

Variable independiente	Efecto	SE	t	p	IC 95%	
					Inferior	Superior
Actitudes hacia el uso del condón	.060	.025	2.373	.018	.010	.111
Autoeficacia hacia el uso del condón	.259	.026	9.988	.000	.208	.310

Nota: SE = Error estándar; p = valor de probabilidad; IC = Intervalo de confianza; n = 274

Tabla 11

Efecto Indirecto de la Variable Independiente sobre la Conducta Sexual Segura, a través de la Autoeficacia Hacia el Uso del Condón

Variable independiente	Variable Mediadora	Efecto	p	IC 95%	
				Inferior	Superior
Actitudes hacia el uso del condón	Autoeficacia hacia el uso del condón	.164	.018	.131	.201

Nota: p = valor de probabilidad; IC = Intervalo de confianza; n = 274

Capítulo IV

Discusión

En este capítulo se discuten los resultados del presente estudio que tuvo como objetivo general determinar el efecto del estado civil, escolaridad, actitudes y autoeficacia hacia el uso del condón en la conducta sexual segura en hombres heterosexuales de mediana edad y mayores, siguiendo las relaciones establecidas por el modelo de Información, Motivación y Habilidades conductuales de Fisher y Fisher (1992). A continuación se discuten los resultados obtenidos del presente estudio por objetivos propuestos, posteriormente se presentan las conclusiones y finalmente se muestran las limitaciones y recomendaciones.

En relación con el objetivo específico número dos de describir las actitudes hacia el uso del condón en hombres adultos heterosexuales de mediana edad y mayores, se encontró que los adultos presentaban actitudes globales más positivas hacia el uso del condón. Este hallazgo es similar a lo reportado por Jones et al. (2013) quienes encontraron actitudes globales positivas en hombres heterosexuales mayores; sin embargo, mediante un análisis de subescalas, se reportaron actitudes negativas específicamente en relación con la experiencia y placer sexual.

En el presente estudio se encontraron actitudes neutrales con relación al placer sexual asociado al uso de condones, por lo que de la misma manera, estos resultados difieren del estudio de Cheng et al. (2018) donde describen actitudes negativas globales hacia el uso del condón en relación con la reducción del placer sexual y la pérdida de interés en el sexo por la pareja. Autores como Agunbiade y Togunde (2018), Cheng et al. (2018) y Gómez Melasio (2021), mencionan que un conocimiento más bajo hacia las ITS y el uso de los condones puede provocar una menor actitud hacia el uso del condón; cabe destacar que este conocimiento puede no ser suficiente por sí mismo para un uso adecuado y eficiente del condón, ya que existen otros factores que en conjunto pueden influir en la disposición que tienen los adultos mayores hacia el uso del condón.

De manera similar, los resultados del presente estudio son contradictorios por lo reportado por Agunbiade y Togunde (2018), que en su estudio muestran actitudes negativas con relación a la baja percepción de la utilidad de los condones entre las personas mayores en Nigeria. Todo lo anterior podría deberse a que las actitudes negativas hacia el condón podrían ser un reflejo sobre la idea que se tiene de las relaciones heterosexuales y la procreación. Además, la expectativa social de que las personas mayores carecen de actividades sexuales puede tener una influencia negativa en su salud sexual y en su disposición hacia el uso del condón provocando que no se garantice su vulnerabilidad a las ITS.

Respecto al objetivo específico número tres acerca de describir la autoeficacia hacia el uso del condón en hombres adultos heterosexuales de mediana edad y mayores, se encontró que los participantes reportaron mayor autoeficacia hacia el uso del condón. Este hallazgo es similar al trabajo de Gómez Melasio (2021) quién analizó los factores que influyen en la conducta sexual más segura en los adultos de mediana y tercera edad y reportó que los adultos obtuvieron una media por encima del punto intermedio, indicando mayor autoeficacia. Del mismo modo, los resultados coinciden con los estudios realizados por Volkman et al. (2013) y Widman et al. (2013) que además incluían a poblaciones más jóvenes, indicando niveles altos de autoeficacia en hombres heterosexuales.

En base al objetivo específico número cuatro que fue describir la conducta sexual segura en hombres adultos heterosexuales de mediana edad y mayores, en este estudio los hombres obtuvieron medias por encima del punto intermedio indicando mayor frecuencia de prácticas sexuales seguras, específicamente en el uso del condón. Esto es similar a lo reportado por Gómez Melasio (2021) quién encontró mayor frecuencia en las prácticas sexuales más seguras y cuyos participantes comparten características similares a las del presente estudio.

Por otro lado, estos resultados difieren de lo encontrado por Borne y Minichiello (2009); Milrod y Monto (2016); Mutanda y Odimegwu (2017) y Schick et al. (2010) donde la mayoría de los participantes reportaron no haber utilizado condón durante las actividades sexuales en los últimos 12 meses. En la literatura se describe que las relaciones sexuales repetidas a largo plazo con alguien de confianza podrían interpretarse como una relajación de los límites, y debido a que se mantiene una presunta relación exclusiva, se omite el uso del condón.

En cuanto al objetivo general que plantea determinar el efecto del estado civil, escolaridad, actitudes y autoeficacia hacia el uso del condón en la conducta sexual segura en hombres heterosexuales de mediana edad y mayores; no se encontró relación significativa entre el estado civil y la conducta sexual segura. Esto discrepa de los estudios realizados por Amin (2014) y Bourne y Minichiello (2010) en donde el estado civil fue un fuerte predictor del uso del condón ya que los adultos mayores solteros tenían más probabilidad de hacer uso del condón que aquellos que se encontraban casados, esto debido a que el estar casado frecuentemente se percibe como una relación comprometida y el sexo sin protección puede considerarse menos riesgoso.

Esta discrepancia puede deberse a que en estos estudios se incluyeron también mujeres; Foster et al. (2012) encontraron que ser mujer se asocia con conductas sexuales seguras; y una explicación a esta diferencia de género en el comportamiento sexual podría ser lo referido por Amin (2014) quién describe que las las mujeres enfatizan en los aspectos emocionales de las relaciones mientras que los hombres se enfocan más en la búsqueda de sensaciones y se involucran en otras conductas sexuales de riesgo.

Respecto a la escolaridad se encontró que la escolaridad preparatoria y escolaridad licenciatura o ingeniería influyen en la conducta sexual segura y que a mayor escolaridad mayor es la significancia estadística. Estos hallazgos son similares a lo reportado por los estudios de Amin (2014) y Mutanda y Odimegwu (2017), en donde los hombres con escolaridad secundaria o mayor tenían más probabilidades de practicar

sexo seguro haciendo uso del condón. Esto debido a que pueden poseer mayor la conciencia y conocimientos sobre la transmisión del VIH/ITS.

Con base en las actitudes hacia el uso del condón, se encontró que tienen una relación directa en la conducta sexual segura. Esto concuerda con Tucker et al. (2013) quienes describen una relación negativa entre las variables, de manera que los hombres heterosexuales eran menos propensos a usar condones cuando tenían actitudes más negativas hacia los condones. Por otro lado, los resultados del presente estudio difieren del estudio realizado por Gómez Melasio (2021) en donde las actitudes hacia el condón no influyeron en prácticas sexuales más seguras. Esta discrepancia puede ser atribuible a que en el estudio también se incluyeron mujeres de mediana edad y mayores.

En relación con la autoeficacia hacia el uso del condón se encontró que esta influye de manera directa en la conducta sexual segura. Este hallazgo es similar a lo reportado por Gómez Melasio (2021) y Volkman et al. (2013) que describen que a mayor autoeficacia mayor frecuencia de las prácticas sexuales seguras. La autoeficacia hacia el uso del condón es un predictor importante del uso del condón debido a que la literatura describe que es más probable que las personas que confían en su capacidad para usar condones los usen.

Por lo que se refiere a la hipótesis del estudio se encontró que la autoeficacia hacia el uso del condón tiene efecto mediador entre las actitudes y la conducta sexual segura, indicando que a mayores actitudes mayor autoeficacia, lo cual conlleva a tener conductas sexuales seguras. Esto coincide a lo encontrado por Jiang et al. (2019) y Van Huy et al. (2015) que describen que las personas con mayores actitudes positivas hacia el condón tienen más probabilidades de tener las habilidades conductuales necesarias, además de ser más propensas a usar condones al tener relaciones sexuales. Sin embargo, existe diferencia en las edades de las poblaciones estudiadas ya que estos estudios que encontraron un efecto mediador abarcaron también poblaciones de hombres jóvenes.

Mientras que en el presente estudio incluyó solamente adultos de mediana edad y mayores.

Por otro lado, estos resultados fueron contrarios a lo reportado por Foster et al. (2010) en donde no se encontró una relación entre la autoeficacia hacia el uso del condón y la conducta sexual segura, por lo tanto no fue posible establecer una relación mediadora entre las actitudes y la autoeficacia para la conducta sexual segura. Esto puede deberse a las diferencias en el tipo de población, ya que en el estudio se incluyeron también mujeres mayores de edad y que la mayoría se encontraban solteros.

Limitaciones

El presente estudio tiene algunas limitaciones. En cuanto a la medición, el estudio está sujeto a las limitaciones usuales ocasionadas el sesgo de autoinforme (capacidades de introspección) en relación con la percepción de los participantes y la conducta de uso del condón.

El estudio se limita a incluir participantes que tengan acceso a dispositivos con internet o que utilicen redes sociales por lo que los datos deben extrapolarse en poblaciones similares. Además, el hecho de que a los participantes se les informaba de antemano la posibilidad de entrar un sorteo para una recibir una remuneración en tiempo aire.

Conclusiones

En el presente estudio de investigación fue posible responder a los objetivos planteados.

Los participantes presentaron puntuaciones medias por encima del punto intermedio indicando actitudes más positivas hacia el uso del condón, mayor autoeficacia y mayor frecuencia en la conducta sexual segura.

Dentro de los factores sociodemográficos, la escolaridad se relaciona positivamente con las conductas sexuales seguras.

Las variables de autoeficacia hacia el uso del condón y actitudes hacia el uso del condón se relacionan con la frecuencia de las conductas sexuales seguras.

Los datos anteriormente mencionados, indican que las actitudes hacia el uso del condón también se encuentran mediadas por la autoeficacia hacia el uso del condón, lo que lleva a prácticas sexuales seguras.

Los hallazgos del presente estudio confirman los supuestos planteados en el Modelo de Información, Motivación y Habilidades conductuales.

Recomendaciones

Los resultados encontrados en estudio son relevantes en el área de enfermería. Se pueden considerar los resultados del presente estudio para elaborar programas enfocados a la prevención de conductas sexuales de riesgo. Se recomienda realizar intervenciones de enfermería encaminadas a concientizar a los adultos sobre el uso del condón, el riesgo al VIH/ITS; así como intervenciones de educación enfocadas en la problemática de la disfunción eréctil ya que durante la recolección de datos los participantes manifestaban dudas al respecto.

Se recomienda seguir en la búsqueda de factores que ayuden a comprender la conducta sexual segura en adultos mayores y de mediana edad. La información hasta el momento sugiere que pueden influir múltiples factores que involucran comportamientos complejos más allá de los factores de nivel individual. El presente estudio utilizó como base teórica el modelo de IMB que se fundamenta en influencias psicológicas, se recomienda extender el modelo incorporando factores sociales que tienen una influencia significativa en los comportamientos.

Estos factores incluyen factores individuales como la depresión, aislamiento social, consumo de sustancias; factores interpersonales como historias de abuso sexual, violencia de pareja y comportamientos de búsqueda de pareja sexual; y factores a nivel estructural como acceso a los servicios de prevención y atención al VIH. Estos factores

han sido estudiados en otras poblaciones relacionados con el uso del condón y que han sido poco o explorados en la población de adultos mayores y de mediana edad.

Además, se sugiere realizar estudios con métodos mixtos, ya que tanto los datos cuantitativos y cualitativos permitirían ayudar a comprender mejor el fenómeno de la conducta sexual segura en esta población.

Referencias

- Agunbiade, O. M., & Togunde, D. (2018). 'No Sweet in Sex': Perceptions of Condom Usefulness among Elderly Yoruba People in Ibadan Nigeria. *Journal of cross-cultural gerontology*, 33(3), 319-336. <https://doi.org/10.1007/s10823-018-9354-8>
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2000). Attitudes and the attitude-behavior relation: Reasoned and automatic processes. *European review of social psychology*, 11(1), 1-33. <https://doi.org/10.1080/14792779943000116>
- Amin, I. (2014). Social capital and sexual risk-taking behaviors among older adults in the United States. *Journal of Applied Gerontology*, 35(9), 982-999. <https://doi.org/10.1177/0733464814547048>
- Ballester, R., Gil-Llario, M. D., Ruiz-Palomino, E., & Giménez-García, C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(1), 76-82. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.124601>
- Baltar, F., & Gorjup, M. T. (2012). Muestreo mixto online: Una aplicación en poblaciones ocultas. *Intangible Capital*, 8(1), 123-149.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge university press.
- Bauermeister, J. A., Hickok, A. M., Meadowbrooke, C., Veinot, T., & Loveluck, J. (2014). Self-efficacy among young men who have sex with men: an exploratory analysis of HIV/AIDS risk behaviors across partner types. *AIDS and Behavior*, 18(1), 69-77. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0481-5>.
- Bell, S., Reissing, E. D., Henry, L. A., & VanZuylen, H. (2017). Sexual activity after 60: A systematic review of associated factors. *Sexual Medicine Reviews*, 5(1), 52-80. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.03.001>
- Bourne, C., & Minichiello, V. (2009). Sexual behaviour and diagnosis of people over the age of 50 attending a sexual health clinic. *Australasian Journal on Ageing*, 28(1), 32-36. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2008.00336.x>

- Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2019) *Atlas Plus: HIV, Hepatitis, STD, TB, Social Determines of Health Data*.
<https://gis.cdc.gov/grasp/nchhstpatlas/charts.html>.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2021, 5 de abril). *HIV/AIDS & STDs*. <https://www.cdc.gov/std/hiv/stdfact-std-hiv-detailed.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC] [2020, 14 de septiembre]. *HIV and Older Americans*. <https://www.cdc.gov/hiv/group/age/olderamericans/index.html>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida [CENSIDA] (2020). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH, Informe histórico al 4to trimestre de VIH 2020. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/622468/VIH-Sida_4toTrim_2020.pdf
- Cheng, Y., McGeechan, K., Bateson, D., Ritter, T., Weisberg, E., & Stewart, M. (2018). Age differences in attitudes toward safer sex practices in heterosexual men using an Australian Internet dating service. *Sexual Health*, 15(3), 223–231.
<https://doi.org/10.1071/SH17074>
- Conley, T. D., Matsick, J. L., Moors, A. C., Ziegler, A., & Rubin, J. D. (2015). Re-examining the effectiveness of monogamy as an STI-preventive strategy. *Preventive medicine*, 78, 23-28.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.06.006> 0091-7435/
- Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2018). *Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050*. [Archivo PDF]
http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Cuadernillos/33_Republica_Mexicana/33_RMEX.pdf
- Consejo Nacional de Población [CONAPO] (s.f). *Glosario*. Gobierno de México.
http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Glosario_Migracion_Interna?page=4

- Davis, T., & Zanjani, F. (2012). Prevention of HIV among older adults: A literature review and recommendations for future research. *Journal of Aging and Health, 24*(8), 1399-1420. <https://doi.org/10.1177/0898264312459347>
- DeLamater, J., & Koepsel, E. (2015). Relationships and sexual expression in later life: A biopsychosocial perspective. *Sexual and Relationship Therapy, 30*(1), 37-59. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.939506>
- Dilorio, C., Parsons, M., Lehr, S., Adame, D., & Carlone, J. (1992). Measurement of safe sex behavior in adolescents and young adults. *Nursing research.*
- Dilorio, C., Maibach, E., O'Leary, A., Sanderson, C. A., & Celentano, D. (1997). Measurement of condom use self-efficacy and outcome expectancies in a geographically diverse group of STD patients. *AIDS Education and Prevention, 9*(1).
- Fileborn, B., Brown, G., Lyons, A., Hinchliff, S., Heywood, W., Minichiello, V., Malta, S., Barret, C., & Cramer, P. (2018). Safer sex in later life: qualitative interviews with older Australians on their understandings and practices of safer sex. *The Journal of Sex Research, 55*(2), 164-177. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1280121>
- Fisher, J. D., & Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological bulletin, 111*(3), 455.
- Fisher, W. A., Fisher, J. D., & Harman, J. (2003). The information-motivation-behavioral skills model: A general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. *Social psychological foundations of health and illness, 22*, 82-106.
- Foster, V., Clark, P. C., Holstad, M. M., & Burgess, E. (2010). Factors associated with risky sexual behaviors in older adults. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 23*(6), 487-499. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2011.12.008>

- Glasman, L. R., & Albarracín, D. (2003). Models of health-related behavior: A study of condom use in two cities of Argentina. *AIDS and Behavior*, 7(2), 183-193.
- Gómez Melasio, D. (2021) Modelo de conducta sexual más segura en adultos de mediana y tercera edad [Tesis de Doctorado, Universidad Autónoma de Nuevo León]. <http://eprints.uanl.mx/id/eprint/22153>
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier Health Sciences.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford publications.
- Helweg-Larsen, M., & Collins, B. E. (1994). The UCLA Multidimensional Condom Attitudes Scale: documenting the complex determinants of condom use in college students. *Health Psychology*, 13(3), 224.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (s.f.). *Glosario*. <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENOE15>
- Jiang, H., Chen, X., Li, J., Tan, Z., Cheng, W., & Yang, Y. (2019). Predictors of condom use behavior among men who have sex with men in China using a modified information-motivation-behavioral skills (IMB) model. *BMC Public Health*, 19(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6593-8>
- Jones, S. G., Fenkl, E. A., Patsdaughter, C. A., & Chadwell, K. (2013). Condom attitudes of heterosexual men ages 50 and older using prescribed drugs (Viagra, Cialis, Levitra) to treat erectile dysfunction. *American journal of men's health*, 7(6), 504-515. <https://doi.org/10.1177/1557988313486172>.
- Llanes Betancourt, C. (2013). La sexualidad en el adulto mayor. *Revista cubana de enfermería*, 29(3), 223-232.
- Lehmiller, J. J. (2015). A comparison of sexual health history and practices among monogamous and consensually nonmonogamous sexual partners. *The journal of sexual medicine*, 12(10), 2022-2028. <https://doi.org/10.1111/jsm.12987>

- Lyons, A., Mikolajczak, G., Heywood, W., Fileborn, B., Minichiello, V., Hinchliff, S., ... & Brown, G. (2018). Sources of information-seeking on sexually transmitted infections and safer sex by older heterosexual Australian men and women. *Educational Gerontology, 44*(2-3), 186-195. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/03601277.2018.1433989>
- Minichiello, V., Rahman, S., Hawkes, G., & Pitts, M. (2012). STI epidemiology in the global older population: emerging challenges. *Perspectives in Public Health, 132*(4), 178-181. <https://doi.org/10.1177/1757913912445688>.
- Milrod, C., & Monto, M. (2016). Condom use, sexual risk, and self-reported STI in a sample of older male clients of heterosexual prostitution in the United States. *American Journal of Men's Health, 10*(4), 296-305. <https://doi.org/10.1177/1557988315623990>.
- Monsell, E., & McLuskey, J. (2016). Factors influencing STI transmission in middle-aged heterosexual individuals. *British Journal of Nursing, 25*(12), 676-680. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.12.676>
- Mutanda, N., & Odimegwu, C. (2017). Covariates of high-risk sexual behavior of men aged 50 years and above in sub-Saharan Africa. *SAHARA: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance, 14*(1), 162-170. <https://doi.org/10.1080/17290376.2017.1392340>.
- Nasrullah, M., Oraka, E., Chavez, P. R., Johnson, C. H., & DiNenno, E. (2017). Factors associated with condom use among sexually active US adults, national survey of family growth, 2006–2010 and 2011–2013. *The journal of sexual medicine, 14*(4), 541-550. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.02.015>
- Odimegwu, C. O., & Mutanda, N. (2017). Covariates of high-risk sexual behaviour of men aged 50 years and above in sub-Saharan Africa. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS, 14*(1), 162-170. <http://dx.doi.org/10.1080/17290376.2017.1392340>

- Orcasita, L. T., Peralta, A., Valderrama, L., & Uribe, A. F. (2010). Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali-Colombia. *Revista virtual universidad católica del norte*, 1(31), 155-195.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021, noviembre 22). *Infecciones de transmisión sexual*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021, octubre 4). *Envejecimiento y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA] (2021). *Estadísticas mundiales sobre el VIH*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- Rao, A., Stahlman, S., Hargreaves, J., Weir, S., Edwards, J., Rice, B., & Baral, S. (2017). Sampling key populations for HIV surveillance: results from eight cross-sectional studies using respondent-driven sampling and venue-based snowball sampling. *JMIR public health and surveillance*, 3(4), e8116. <https://doi.org/10.2196/publichealth.8116>
- Ricoy-Cano, A. J., Obrero-Gaitán, E., & Caravaca-Sánchez, F., Fuente-Robles, Y. (2020). Factors Conditioning Sexual Behavior in Older Adults: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Journal of clinical medicine*, 9(6), 1716. <https://doi.org/10.3390/jcm9061716>
- Schick, V., Herbenick, D., Reece, M., Sanders, S. A., Dodge, B., Middlestadt, S. E., & Fortenberry, J. D. (2010). Sexual behaviors, condom use, and sexual health of Americans over 50: Implications for sexual health promotion for older adults. *The journal of sexual medicine*, 7, 315-329. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02013.x>

- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Obtenido de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Secretaría de Salud. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud: Diario Oficial de la Federación; 6-01-1987. Texto vigente. Última reforma publicada en: México: Diario Oficial de la Federación 02- 04-2014.
- Secretaría de Salud. (2021). Boletín Epidemiológico. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. *Sistema Único de Información*, 53(1). <https://www.gob.mx/salud/documentos/boletinepidemiologico-sistema-nacional-de-vigilancia-epidemiologica-sistema-unico-de-informacion-231750>
- Sinković, M., & Towler, L. (2019). Sexual aging: A systematic review of qualitative research on the sexuality and sexual health of older adults. *Qualitative health research*, 29(9), 1239-1254. <https://doi.org/10.1177/1049732318819834>
- Smith, K. P., & Christakis, N. A. (2009). Association between widowhood and risk of diagnosis with a sexually transmitted infection in older adults. *American Journal of Public Health*, 99(11), 2055-2062.
- Tucker, J. S., Wenzel, S. L., Golinelli, D., Kennedy, D. P., Ewing, B., & Wertheimer, S. (2013). Understanding heterosexual condom use among homeless men. *AIDS and Behavior*, 17(5), 1637-1644. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0165-6>.
- Van-Huy, N., P Dunne, M., & Debattista, J. (2015). Predictors of condom use behaviour among male street labourers in urban Vietnam using a modified information-motivation-behavioral skills (IMB) model. *Culture, health & sexuality*, 18(3), 321-336. <https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1084375>
- Villegas, N., Cianelli, R., Gonzalez-Guarda, R., Kaelber, L., Ferrer, L., & Peragallo, N. (2013). Predictors of self-efficacy for HIV prevention among Hispanic women in

- South Florida. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 24(1), 27-37.
<https://doi.org/10.1016/j.jana.2012.03.004>
- Volkman, T., Wagner, K. D., Strathdee, S. A., Semple, S. J., Ompad, D. C., Chavarin, C. V., & Patterson, T. L. (2014). Correlates of self-efficacy for condom use among male clients of female sex workers in Tijuana, Mexico. *Archives of sexual behavior*, 43(4), 719-727. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0149-2>
- Ward, H., & Rönn, M. (2010). The contribution of STIs to the sexual transmission of HIV. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 5(4), 305.
<https://doi.org/10.1097/coh.0b013e32833a8844>
- Widman, L., Golin, C. E., Grodensky, C. A., & Suchindran, C. (2013). Do safer sex self-efficacy, attitudes toward condoms, and HIV transmission risk beliefs differ among men who have sex with men, heterosexual men, and women living with HIV? *AIDS and Behavior*, 17(5), 1873-1882. <https://doi.org/10.1007/s10461-011-0108-7>
- WordReference. (s.f.). Middle Age. En *Online language dictionaries WordReference.com*. Recuperado el 22 de marzo, 2022, en <https://www.wordreference.com/definition/middle%20age>
- Zamberia, A. M. (2009). Sexual activity and condom use among people living with HIV in Swaziland. *African Journal of AIDS Research*, 8(1), 69-81.
- Zhang, H. X., Han, M. J., Zhou, Y., Xiu, X. F., Xu, F., & Wang, L. (2020). HIV infection rate in people aged 50 years and older in China: a Meta-analysis. *Zhonghua liu xing bing xue za zhi= Zhonghua liuxingbingxue zazhi*, 41(1), 96-102. <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.01.018>.

Apéndices

Apéndice A

Consentimiento Informado

Título de proyecto: Actitudes y autoeficacia hacia el uso del condón en hombres heterosexuales de mediana edad y mayores

Autor: Lic. Cynthia Mariana Valle Iracheta

Director de Tesis: Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Introducción/Objetivo del estudio

Se le invita a participar en el estudio "Autoeficacia y Actitudes hacia el uso del condón en hombres adultos de mediana edad y mayores". Su participación y los resultados obtenidos son para fines académicos y la obtención del grado de Maestría en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la UANL. Por lo que se le invita a participar contestando algunas preguntas. A continuación, se le explicará el procedimiento, esta información le ayudará a decidir si desea participar.

Descripción del estudio

En esta encuesta, a través de la Red social Facebook, se les pedirá a aproximadamente 218 hombres adultos de entre 45 a 74 años que completen cuestionarios en línea con preguntas acerca de las actitudes y autoeficacia hacia el uso del condón. Le llevará aproximadamente 20 minutos completar los cuestionarios.

Si usted desea participar se le pedirá que firme este consentimiento informado. Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Al aceptar participar se respetará su anonimato y confidencialidad, no se divulgará en ningún momento su nombre ni información personal. Los datos de esta investigación serán codificados y se informarán solo en conjunto. Aun firmando este consentimiento, usted podrá retirarse en el momento que lo desee. En caso de no contar con el perfil requerido, no podrá continuar con el cuestionario y se le agradecerá por su participación.

Riesgos o molestias.

No existen riesgos potenciales que implican su participación. Se sugiere contestar el cuestionario en un espacio privado para evitar cualquier tipo de molestias. Si no se siente

cómodo respondiendo alguna pregunta, puede retirarse de la encuesta en cualquier momento, sin que esto tenga repercusiones de ningún modo para usted.

Beneficios esperados:

Al contribuir en la siguiente entrevista tendrá la oportunidad de participar en un sorteo aleatorio por una compensación económica en tiempo aire. Además, su participación permitirá generar información para conocer aspectos relacionados con la salud sexual y al futuro diseño de programas de intervención de salud preventivos

Compromisos del investigador:

Al decidir participar se le garantiza que cualquier duda que surja al leer este consentimiento o durante su participación será aclarada en el momento que la haga saber. Así como que el personal que realizará la recolección de datos será un profesional del área de la salud.

Al firmar declara que ha leído y (ha) comprendido las condiciones de su participación en este estudio. Ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido respondidas.

Firma: _____

Fecha:

Día / Mes / Año

Apéndice B
Preguntas Filtro

1. Se identifica como hombre:

Heterosexual

Gay/Homosexual

Bisexual

Otro

2. ¿Ha tenido relaciones sexuales vaginales, orales o anales en los últimos 12 meses con dos o más parejas del sexo femenino?

SI

NO

3. ¿Actualmente padece alguna infección de transmisión sexual?

SI

NO

Apéndice C
Cédula de Datos Personales

Instrucciones: Por favor responda las siguientes preguntas. Trate de contestar lo más honestamente posible, no hay respuestas buenas o malas. La información proporcionada es confidencial.

1. Edad: _____

2. Estado Civil:

- Soltero
- Casado
- Unión Libre
- Viudo
- Divorciado
- Separado

3. Escolaridad

- Primaria
- Secundaria
- Preparatoria
- Carrera Técnica
- Licenciatura o ingeniería
- Posgrado

3. ¿Ha padecido alguna infección de transmisión sexual en su vida?

SI

NO

¿Cuál? _____ ¿Hace cuánto tiempo? _____

Apéndice D

Escala Multidimensional de Actitudes del Condón

(Helweg-Larsen & Collins, 1994)

Indique qué tanto está de acuerdo con las siguientes afirmaciones.	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Ni en desacuerdo, ni de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Es muy difícil mencionar el tema del uso de condones a mi pareja.	1	2	3	4	5
2. Creo que el uso del condón interrumpe el juego sexual previo.	1	2	3	4	5
3. Las mujeres piensan que los hombres que usan condones son idiotas.	1	2	3	4	5
4. Creo que los condones son efectivos para prevenir contagiarse de enfermedades de transmisión sexual.	1	2	3	4	5
5. Si tuviera que comprar condones para usarlos yo, me sentiría incómodo al comprarlos.	1	2	3	4	5
6. Los condones no son confiables.	1	2	3	4	5
7. Si tuviera que sugerirle a mi pareja que usemos condón, me daría vergüenza.	1	2	3	4	5
8. Creo que los condones arruinan el sexo	1	2	3	4	5
9. Creo que los condones son un excelente método para no embarazarse.	1	2	3	4	5
10. No creo que comprar condones sea incómodo.	1	2	3	4	5
11. Creo que comprar condones es vergonzoso	1	2	3	4	5
12. Sería fácil sugerirle a mi pareja que usemos un condón.	1	2	3	4	5
13. Si una pareja está a punto de tener relaciones sexuales y uno de los dos sugiere usar un condón, quizá ya no tengan relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
14. Creo que los condones no ofrecen protección confiable.	1	2	3	4	5

	Muy en desacuerdo	Desacuerdo	Ni en desacuerdo, ni de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
15. Los condones son muy divertidos.	1	2	3	4	5
16. No sé qué decir cuando mi pareja y yo necesitamos hablar sobre condones u otra protección.	1	2	3	4	5
17. Me daría vergüenza ser visto comprando condones en una tienda.	1	2	3	4	5
18. Las personas que sugieren el uso del condón son un poco anticuados.	1	2	3	4	5
19. El uso de condones puede hacer que el sexo sea más estimulante o excitante.	1	2	3	4	5
20. Los condones son un método eficaz para no tener hijos.	1	2	3	4	5
21. Me siento cómodo hablando de condones con mi pareja.	1	2	3	4	5
22. Los hombres que sugieren usar un condón son realmente aburridos.	1	2	3	4	5
23. Cuando necesito condones, a menudo temo tener que comprarlos.	1	2	3	4	5
24. Creo que una persona que sugiere usar un condón no confía en su pareja.	1	2	3	4	5
25. Los condones son incómodos para ambas partes	1	2	3	4	5
26. Creo que usar condón hace que se sienta menos.	1	2	3	4	5
27. Creo que el uso del condón es solo para los jóvenes.	1	2	3	4	5
28. Creo que las personas que sugieren usar un condón solo buscan tener sexo.	1	2	3	4	5
29. Creo que las personas que sugieren usar un condón, es porque tienen sexo con cualquiera.	1	2	3	4	5
30. Creo que el uso del condón no es para las personas de mi edad.	1	2	3	4	5
31. Creo que no es necesario usar condón con tu pareja estable o esposo(a).	1	2	3	4	5
32. Creo que no es necesario usar condón cuando se conoce muy bien a la pareja	1	2	3	4	5

Apéndice E

Escala de Autoeficacia del Uso del Condón

(Dilorio, Maibach, O'Leary, Sanderson, & Celentano, 1997)

Marque la respuesta que mejor caracterice su opinión.	Muy Inseguro	Inseguro	Algo Seguro	Seguro	Muy Seguro
1. Puedo decir “no” a tener sexo con una nueva pareja si no tenemos condón, aunque tengamos muchas ganas de tener sexo.	1	2	3	4	5
2. Puedo evitar situaciones que podrían terminar en sexo sin condón, cuando no tengo un condón.	1	2	3	4	5
3. Puedo decir “no” a tener sexo si mi pareja y yo no tenemos un condón, aunque no lo hayamos usado anteriormente.	1	2	3	4	5
4. Puedo evitar tomar alcohol o consumir drogas cuando voy a tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
5. Puedo hablar con mi pareja sobre el uso del condón incluso antes de excitarme demasiado.	1	2	3	4	5
6. Puedo usar condón (yo o mi pareja sexual), incluso si pago o me pagan por tener sexo.	1	2	3	4	5
7. Puedo hablar con cada una de mis parejas sobre la importancia del uso de condones, incluso las personas con las que he tenido relaciones sexuales anteriormente.	1	2	3	4	5
8. Puedo llevar un condón conmigo cuando salgo, por si lo llego a necesitar.	1	2	3	4	5
9. Puedo hablar con todas mis parejas nuevas sobre la importancia del uso del condón.	1	2	3	4	5
10. Puedo encontrar otras actividades placenteras (como la masturbación mutua) cuando no hay condones.	1	2	3	4	5
11. Me puedo detener antes de la penetración para ponerme el condón o para que mi pareja se lo ponga, aunque esté muy excitado.	1	2	3	4	5
12. Siempre puedo tener un condón a la mano por si lo llego a necesitar.	1	2	3	4	5

	Muy Inseguro	Inseguro	Algo Seguro	Seguro	Muy Seguro
13. Puedo quitarme (o quitar a mi pareja) aún con erección después de haber terminado cuando tengo sexo con condón.	1	2	3	4	5
14. Puedo poner un condón, aunque el lugar esté obscuro.	1	2	3	4	5
15. Puedo usar un condón sin dificultad.	1	2	3	4	5
16. Si tuviera relaciones con una nueva pareja, puedo poner un condón, aunque esté nervioso.	1	2	3	4	5
17. Puedo poner un condón sin que se resbale o se rompa.	1	2	3	4	5
18. Pude hacer que cada pareja con la que tuve sexo anteriormente usará condón aun y cuando mi pareja no quería usarlo.	1	2	3	4	5
19. Puedo hacer que usemos condón, aunque mi pareja no quiera y no lo hayamos usado antes.	1	2	3	4	5
20. Si tuviera relaciones con una nueva pareja, puedo hacer que usemos condón, aunque mi pareja no quiera.	1	2	3	4	5
21. Puedo hacer que el sexo con condón sea placentero.	1	2	3	4	5
22. Puedo hacer que el sexo con condón sea divertido con una pareja, aunque no lo hayamos usado en el pasado.	1	2	3	4	5
23. Puedo usar condón (yo o mi pareja) y disfrutar la experiencia.	1	2	3	4	5
24. Puedo poner un condón sin arruinar el momento	1	2	3	4	5
25. Si tuviera relaciones con una nueva pareja, puedo hacer que usemos condón, aunque yo haya tomado alcohol o consumido drogas.	1	2	3	4	5
26. Puedo hacer que mi pareja y yo usemos condón, aunque no lo hayamos usado antes, y yo haya tomado alcohol o consumido drogas	1	2	3	4	5

Apéndice F

Cuestionario de Conducta Sexual Segura

(Dilorio, Parsons, Adame, & Carlone, 1992)

	Nunca	A veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Insisto en usar condón cuando tengo relaciones sexuales.				
2. Consumo alguna droga (marihuana, cocaína, metanfetaminas, etc....) antes o durante mis relaciones sexuales.				
3. Detengo el jugueteo sexual inicial para ponerme un condón o que mi pareja se lo ponga.				
4. Le pregunto a mi(s) pareja(s) sexual(es) sobre su historial sexual.				
5. Evito el contacto directo con el semen o las secreciones vaginales de mi pareja sexual.				
6. Uso condón (o mi pareja lo usa) cada vez que tenemos relaciones sexuales.				
7. Tengo relaciones sexuales con alguien que se inyecta drogas intravenosas.				
8. Les pregunto a mis posibles compañeros sexuales acerca de sus historiales de prácticas bisexuales u homosexuales.				
9. Tengo relaciones sexuales la primera vez que salgo con alguien.				
10. Me abstengo de tener relaciones sexuales con alguien del cual desconozca su historial sexual.				
11. Me abstengo de tener relaciones sexuales cuando tengo mis genitales irritados				
12. Siempre llevo un condón cuando creo que una cita puede terminar en un encuentro sexual.				

	Nunca	A veces	La mayoría del tiempo	Siempre
13. Veo o reviso los genitales de mi pareja sexual para ver si hay presencia de alguna lesión, irritación o algo raro.				
14. Si estoy en desacuerdo con la información que mi pareja tiene sobre la práctica de sexo seguro, enseguida doy mi punto de vista.				
15. Practico sexo oral sin usar condón.				
16. Uso guantes de látex durante los juegos sexuales cuando mis manos presentan cortes o abrasiones.				
17. Si me dejo llevar por la pasión del momento, tengo relaciones sexuales sin usar condón.				
18. Practico sexo anal.				
19. Les pregunto a mis posibles parejas sexuales acerca de sus historiales del uso de drogas intravenosas.				
20. Si sé que una cita se puede transformar en un encuentro sexual, tengo en mente practicar sexo seguro.				
21. Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin usar condón, yo me rehúso a hacerlo.				
22. Evito tener contacto directo con la sangre de mi pareja sexual.				
23. Me resulta difícil discutir asuntos de sexo con mi(s) pareja(s) sexual(es).				
24. Hablo sobre sexo seguro con mi(s) pareja(s) sexual(es).				
25. Tengo relaciones sexuales con alguien que es bisexual o gay.				
26. Practico sexo anal sin usar condón.				
27. Tomo bebidas alcohólicas antes o durante mis relaciones sexuales.				

Apéndice G

Datos Descriptivos de Ítems de Escala Multidimensional Actitudes del Condón

Ítems Escala Multidimensional Actitudes del Condón

Ítems	<i>M</i>	<i>DE</i>
Es muy difícil mencionar el tema del uso de condones a mi pareja.	3.77	1.40
Creo que el uso del condón interrumpe el juego sexual previo.	3.60	1.17
Las mujeres piensan que los hombres que usan condones son idiotas.	3.25	.87
Creo que los condones son efectivos para prevenir contagiarse de enfermedades de transmisión sexual.	3.97	1.07
Si tuviera que comprar condones para usarlos yo, me sentiría incómodo al comprarlos.	4.10	.97
Los condones no son confiables.	4.22	1.14
Si tuviera que sugerirle a mi pareja que usemos condón, me daría vergüenza.	4.15	.90
Creo que los condones arruinan el sexo	4.01	1.08
Creo que los condones son un excelente método para no embarazarse.	4.13	1.04
No creo que comprar condones sea incómodo.	4.06	1.15
Creo que comprar condones es vergonzoso	3.90	.69
Sería fácil sugerirle a mi pareja que usemos un condón.	3.77	1.12
Si una pareja está a punto de tener relaciones sexuales y uno de los dos sugiere usar un condón, quizá ya no tengan relaciones sexuales.	3.67	.99
Creo que los condones no ofrecen protección confiable.	4.10	1.14
Los condones son muy divertidos.	4.26	1.05
No sé qué decir cuando mi pareja y yo necesitamos hablar sobre condones u otra protección.	4.21	.98
Me daría vergüenza ser visto comprando condones en una tienda.	4.40	.81
Las personas que sugieren el uso del condón son un poco anticuadas.	4.35	.85
El uso de condones puede hacer que el sexo sea más estimulante o excitante.	3.34	1.14

Ítems	<i>M</i>	<i>DE</i>
Los condones son un método eficaz para no tener hijos.	4.00	1.00
Me siento cómodo hablando de condones con mi pareja.	3.88	1.00
Los hombres que sugieren usar un condón son realmente aburridos.	4.23	.81
Cuando necesito condones, a menudo temo tener que comprarlos.	4.23	.91
Creo que una persona que sugiere usar un condón no confía en su pareja.	3.89	1.13
Los condones son incómodos para ambas partes	3.78	1.07
Creo que usar condón hace que se sienta menos.	3.46	1.21
Creo que el uso del condón es solo para los jóvenes.	4.35	.83
Creo que las personas que sugieren usar un condón solo buscan tener sexo.	3.84	1.11
Creo que las personas que sugieren usar un condón, es porque tienen sexo con cualquiera.	3.85	1.09
Creo que el uso del condón no es para las personas de mi edad.	4.40	.73
Creo que no es necesario usar condón con tu pareja estable o esposo(a).	3.02	1.31
Creo que no es necesario usar condón cuando se conoce muy bien a la pareja	3.14	1.27

Nota: *M*= Media; *DE*=Desviación Estándar; *n* = 274

Apéndice H

Datos Descriptivos de Ítems de Escala de Autoeficacia de Uso del Condón

Ítems de Escala de Autoeficacia de Uso del Condón

Ítems	<i>M</i>	<i>DE</i>
Puedo decir “no” a tener sexo con una nueva pareja si no tenemos condón, aunque tengamos muchas ganas de tener sexo.	3.77	1.17
Puedo evitar situaciones que podrían terminar en sexo sin condón, cuando no tengo un condón.	3.60	1.16
Puedo decir “no” a tener sexo si mi pareja y yo no tenemos un condón, aunque no lo hayamos usado anteriormente.	3.25	1.24
Puedo evitar tomar alcohol o consumir drogas cuando voy a tener relaciones sexuales.	3.97	1.24
Puedo hablar con mi pareja sobre el uso del condón incluso antes de excitarme demasiado.	4.10	.92
Puedo usar condón (yo o mi pareja sexual), incluso si pago o me pagan por tener sexo.	4.22	1.03
Puedo hablar con cada una de mis parejas sobre la importancia del uso de condones, incluso las personas con las que he tenido relaciones sexuales anteriormente.	4.15	.91
Puedo llevar un condón conmigo cuando salgo, por si lo llego a necesitar.	4.01	1.13
Puedo hablar con todas mis parejas nuevas sobre la importancia del uso del condón.	4.13	.95
Puedo encontrar otras actividades placenteras (como la masturbación mutua) cuando no hay condones.	4.06	.98
Me puedo detener antes de la penetración para ponerme el condón o para que mi pareja se lo ponga, aunque esté muy excitado.	3.90	1.11
Siempre puedo tener un condón a la mano por si lo llegó a necesitar.	3.77	1.15
Puedo quitarme (o quitar a mi pareja) aún con erección después de haber terminado cuando tengo sexo con condón.	3.67	1.15
Puedo poner un condón, aunque el lugar esté obscuro.	4.10	.96
Puedo usar un condón sin dificultad.	4.26	.85
Si tuviera relaciones con una nueva pareja, puedo poner un condón, aunque esté nervioso.	4.21	.87
Puedo poner un condón sin que se resbale o se rompa.	4.23	.83
Pude hacer que cada pareja con la que tuve sexo anteriormente usará condón aun y cuando mi pareja no quería usarlo.	3.65	1.14
Puedo hacer que usemos condón, aunque mi pareja no quiera y no lo hayamos usado antes.	3.69	1.03

Ítems	<i>M</i>	<i>DE</i>
Si tuviera relaciones con una nueva pareja, puedo hacer que usemos condón, aunque mi pareja no quiera.	3.82	1.03
Puedo hacer que el sexo con condón sea placentero.	4.13	.97
Puedo hacer que el sexo con condón sea divertido con una pareja, aunque no lo hayamos usado en el pasado.	4.04	.92
Puedo usar condón (yo o mi pareja) y disfrutar la experiencia.	4.16	.88
Puedo poner un condón sin arruinar el momento	4.10	.94
Si tuviera relaciones con una nueva pareja, puedo hacer que usemos condón, aunque yo haya tomado alcohol o consumido drogas.	3.88	1.03
Puedo hacer que mi pareja y yo usemos condón, aunque no lo hayamos usado antes, y yo haya tomado alcohol o consumido drogas	3.78	1.11

Nota: M= Media; DE=Desviación Estándar; n = 274

Apéndice I

Datos Descriptivos de Ítems de Cuestionario de Conducta Sexual Segura

Ítems Cuestionario de Conducta Sexual Segura

Ítems	<i>M</i>	<i>DE</i>
Insisto en usar condón cuando tengo relaciones sexuales.	2.78	.97
Detengo el jugueteo sexual inicial para ponerme un condón o que mi pareja se lo ponga.	2.79	1.02
Le pregunto a mi(s) pareja(s) sexual(es) sobre su historial sexual.	2.27	1.01
Uso condón (o mi pareja lo usa) cada vez que tenemos relaciones sexuales.	2.67	1.02
Me abstengo de tener relaciones sexuales con alguien del cual desconozca su historial sexual.	2.67	1.06
Siempre llevo un condón cuando creo que una cita puede terminar en un encuentro sexual.	3.07	1.08
Si estoy en desacuerdo con la información que mi pareja tiene sobre la práctica de sexo seguro, enseguida doy mi punto de vista.	3.00	.97
Practico sexo oral sin usar condón.	2.47	1.09
Si me dejo llevar por la pasión del momento, tengo relaciones sexuales sin usar condón.	3.19	.85
Si sé que una cita se puede transformar en un encuentro sexual, tengo en mente practicar sexo seguro.	3.24	.90
Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin usar condón, yo me rehúso a hacerlo.	2.43	1.04
Hablo sobre sexo seguro con mi(s) pareja(s) sexual(es).	3.05	.97
Practico sexo anal sin usar condón.	3.46	.82

Nota: M= Media; DE=Desviación Estándar; n = 274

Resumen Autobiográfico

Cynthia Mariana Valle Iracheta

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: AUTOEFICACIA Y ACTITUDES PARA CONDUCTA SEXUAL SEGURA EN HOMBRES DE MEDIANA EDAD Y MAYORES

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

Biografía: Nacida en Monterrey, Nuevo León el 10 de julio de 1998; hija de María Luisa Iracheta Donjuan y Carlos Valle Montemayor.

Educación: Egresada de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en el año 2020. Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León, durante el periodo 2020-2022.

Experiencia profesional: Pasante de Servicio Social en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de agosto 2019 a julio 2020 en el área de Tococirugía, y como enfermera general en la misma institución de julio 2019 a agosto 2020 en el área de psiquiatría.

Distinciones y Membresías: Miembro activo de Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing; Capítulo Tau Alpha.

Correo electrónico: cynthia.valleir@gmail.com