



**IMPACTO DE LA SALUD SEXUAL EN
EL BIENESTAR FAMILIAR Y SOCIAL
EN POBLACIONES VULNERABLES Y
GRUPOS CLAVE**

Dora Julia Onofre Rodríguez

Raquel Alicia Benavides Torres

Impacto de la Salud Sexual en el Bienestar Familiar y Social en Poblaciones Vulnerables y Grupos Clave

Impacto de la Salud Sexual en el Bienestar Familiar y Social en Poblaciones Vulnerables y Grupos Clave

Dora Julia Onofre Rodríguez

Raquel Alicia Benavides Torres



© Primera edición 2024

ISBN: 978-607-27-2519-5

Santos Guzmán López
Rector
Juan Paura García
Secretario General
Jaime Arturo Castillo Elizondo
Secretario Académico
José Javier Villarreal Álvarez Tostado
Secretario de Extensión y Cultura
Antonio Ramos Revillas
Director de Editorial Universitaria
María Guadalupe Moreno Monsiváis
Directora de la Facultad de Enfermería

©Universidad Autónoma de Nuevo León
©Dora Julia Onofre Rodríguez
©Raquel Alicia Benavides Torres

Dirección de la Universidad Autónoma de Nuevo León
Pedro de Alba S/N, Niños Héroes, Ciudad Universitaria, 66455 San Nicolás de los Garza, N.L.
Teléfono: (81) 8329 4000
Página web: <http://eprints.uanl.mx>

IMPACTO DE LA SALUD SEXUAL EN EL BIENESTAR FAMILIAR Y SOCIAL EN POBLACIONES VULNERABLES Y GRUPOS CLAVE [autores y editores] © Onofre-Rodríguez, Benavides-Torres. E-Book 246

Todos los derechos reservados. Se prohíbe la reproducción de esta obra, sea cual fuera el medio, electrónico o mecánico, sin el consentimiento previo por escrito de los autores.

Este libro fue sometido a evaluación y dictaminación por especialistas en la materia bajo un sistema “doble ciego” quienes emitieron un resultado favorable para su publicación.

Así mismo el Comité de Científico de la Facultad de Enfermería UANL realizó el procedimiento de valoración de la calidad metodológica y científica de la obra total.

Los autores y la editorial de este libro han sumido la responsabilidad de comprobar los estándares de aprobación general en la fecha de la publicación. Sin embargo, es difícil de asegurar que toda la información proporcionada es totalmente adecuada para la obra actual. Se recomienda al lector examinar cuidadosamente lo expresado en el presente libro. La editorial no se responsabiliza por cualquier alteración pérdida o daño que pudiera ocurrir como consecuencia, directa o indirecta, por el uso y aplicación de cualquier parte del contenido de la presente obra.

CONTENIDO

Prefacio.	6
Capítulo 1. Percepción del Riesgo y Análisis de la Decisión Respecto a la Prueba del VIH en Hombres que Mantienen Relaciones Sexuales con otros Hombres.	7
Capítulo 2. Supervisión Parenteral y Comportamientos Sexuales en Adolescentes.	41
Capítulo 3. Evaluación de la Percepción de Riesgo y el Nivel de Conocimiento sobre el VIH/SIDA en Mujeres.	67
Capítulo 4. Capacidad de las Mujeres para Negociar Relaciones Sexuales.	92
Capítulo 5. Ventajas y Desventajas de que las Amas de Casa se realicen la Prueba del VIH.	113
Capítulo 6. Dimensiones de la Sexualidad, Identidades de Género, Actitudes hacia la Erotofilia, la Erotofobia, y la Asertividad en la Expresión Sexual en Estudiantes Universitarios.	142
Capítulo 7. Provisión Social de Amigos, Familia o Pareja y Proveedor de Salud para Sexo Seguro.	179
Capítulo 8. Impacto de la Funcionalidad Física en las Limitaciones para la Actividad Sexual en Personas con Dolor Crónico Producido por Osteoartritis.	220

Prefacio

La salud sexual es un componente fundamental del bienestar general de las personas, y su impacto se extiende más allá del individuo, afectando a las familias, comunidades y, en última instancia, a la sociedad. En poblaciones vulnerables y grupos clave, como mujeres, jóvenes, personas con discapacidad, población LGBTQ+, y aquellas que viven en condiciones de pobreza, el acceso a servicios de salud sexual adecuados es crucial para el desarrollo integral de estos individuos y para la estabilidad de su entorno familiar y social. Sin embargo, la falta de educación sexual, la discriminación, el estigma y la limitada disponibilidad de servicios de salud accesibles y de calidad constituyen barreras significativas que limitan el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de estas poblaciones.

El impacto de una salud sexual deficiente no solo se refleja en la salud física, sino que afecta profundamente el bienestar emocional, social y económico de las personas y sus familias. Además, cuando los miembros de grupos vulnerables enfrentan dificultades relacionadas con su salud sexual, esto genera una cadena de efectos negativos que pueden perpetuar ciclos de pobreza, exclusión social y violencia. En este contexto, es fundamental entender cómo los problemas de salud sexual en estas poblaciones no solo afectan a los individuos directamente, sino que también tienen repercusiones a nivel familiar y social, afectando la cohesión y el desarrollo de las comunidades en su conjunto. Este análisis se torna esencial para diseñar políticas públicas y estrategias de intervención que promuevan un entorno de salud sexual inclusivo, equitativo y accesible para todos.

CAPÍTULO 1

PERCEPCIÓN DEL RIESGO Y ANÁLISIS DE LA DECISIÓN RESPECTO A LA PRUEBA DEL VIH EN HOMBRES QUE MANTIENEN RELACIONES SEXUALES CON OTROS HOMBRES

Dora Julia Onofre Rodríguez

Reyna Torres Obregón

Raquel Alicia Benavides Torres

Introducción

Las infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) / Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida) son en la actualidad uno de los problemas de salud pública más importantes en todo el mundo y continúa afectando a millones de personas a pesar de la promoción de medidas preventivas. Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) constituyen uno de los subgrupos de población más afectados por la infección. En muchas regiones del mundo, los HSH experimentan una alta prevalencia del VIH y baja cobertura de servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados a la infección (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA [CENSIDA], 2012).

Según los informes más recientes de ONUSIDA, 39.9 millones de personas vivían con VIH en 2023. (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el

VIH/SIDA [ONUSIDA], 2024) En América Latina, con HSH (hombres que tienen sexo con hombres) como uno de los grupos más afectados. Según ONUSIDA y la OPS, el 48% de las nuevas infecciones en la región proviene de relaciones sexuales sin protección entre HSH, y estos tienen hasta 19 veces más probabilidades de adquirir el VIH en comparación con la población general en países de ingresos bajos y medios. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Hasta el presente año en México se han acumulado aproximadamente 186,162 casos notificados de VIH y sida en el país desde el inicio de la epidemia. La tasa de mortalidad se mantiene en un 4.5 por 100,000 habitantes, similar a los datos previos. En el caso específico de la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), la prevalencia de VIH es considerablemente más alta, alcanzando el 18.8% en comparación con un 0.3% en la población general. La mayoría de los casos se concentran en el grupo de edad de 18 a 49 años. (CENSIDA, 2024). En Nuevo León, la situación del VIH/Sida ha sido preocupante en los últimos años. Hasta 2024, se han registrado aproximadamente 12,859 casos de VIH/Sida, lo que representa una proporción del 3.4% del total de casos en México. (CENSIDA, 2024). El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (por sus siglas en inglés, UNAIDS) ha desarrollado la “Estrategia 2011-2015” con Visión Getting to Zero que significa “Cero nuevas infecciones por el VIH, Cero discriminaciones, Cero muertes relacionadas con el Sida” (UNAIDS, 2010, p. 7). La cual propone como uno de los principales objetivos, reducir a la mitad la transmisión sexual del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y como recomendación la realización de la prueba de VIH en dicha población (ONUSIDA, 2010).

El Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades en su guía sobre el VIH. El CDC sugiere que los hombres que tienen sexo con hombres HSH se realicen la prueba del VIH al menos una vez al año, y para aquellos con mayor riesgo, se recomienda hacerlo cada 3 a 6 meses. Esto se basa en la evidencia de que el diagnóstico temprano permite un mejor manejo de la salud y ayuda a reducir la transmisión del virus. Para el 2024, aproximadamente El 53.7% de los hombres de 25 años o más han participado en estas iniciativas, mientras que el porcentaje en hombres menores de 25 años es de alrededor del 35.1% destaca que un 48.1% de los HSH que se sometieron a una prueba en el último año conoce sus resultados. Esto refleja una mejora, pero aún indica la necesidad de aumentar la concientización y acceso a estas pruebas (CENSIDA, 2024).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009), la vigilancia epidemiológica y diversas investigaciones declaran que existen una variedad de factores personales (edad y estado civil), sociales (la educación, vida social), económicos (pobreza) y aspectos como los conocimientos y actitudes en relación al VIH/Sida, la realización de la prueba de VIH, las conductas de riesgo, la percepción de riesgo, la búsqueda de servicios relacionados a la atención del VIH/Sida. Los factores anteriores determinan el estado de salud y vulnerabilidad en los HSH, lo que conlleva a que este grupo de población practique conductas sexuales de riesgo para la infección (Alcarraz, Arias, Peña, Ventura & Calle, 2008; Bravo, 2009; Groce & Trasi, 2004; Lansky, Sullivan, Gallagher & Fleming, 2007; ONUSIDA, 2011; Ryan, Huebner, Díaz & Sánchez, 2009). Creencias acerca del riesgo personal percibido de contraer el VIH son fundamentales para la comprensión de lo que motiva a los HSH a involucrarse en conductas que reducen o aumentan el riesgo de

infección (Fernández et al. 2007; Napper, Fisher & Reynolds, 2011). Lo anterior podría deberse a las tendencias conductuales sobre el sexo no protegido, las cuales son: que se reportan con bajo conocimiento sobre el VIH, falta de motivación relacionada a la prevención del Sida (realización de la prueba de VIH), baja percepción de riesgo al VIH, el consumo de alcohol y de drogas, sentimientos de invulnerabilidad ante el VIH, percepción de que el sexo desprotegido es más placentero que el sexo protegido y conflicto con la identidad sexual (Tomas et al. 2009; Vargas, 2006). Las representaciones que los HSH elaboran sobre las consecuencias de un resultado positivo resulta de una gran importancia en la comprensión de sus percepciones (positivas o negativas), las cuales pueden llevar al retraso de la prueba de VIH (Fernández, Lupiáñez & Zaragoza, 2012; Jociles, Villamil & Lores, 2007; Lorenc et al. 2011).

Las teorías de cambio de comportamiento, como el Modelo de Creencias de Salud sugieren que las percepciones juegan un papel importante en la decisión de realizar conductas relacionadas con la salud (Yep, 1993). En el caso de la elección de realizarse una prueba de VIH, las percepciones relevantes son las ventajas y desventajas de hacérsela, y la propia percepción de riesgo hacia la infección por el VIH (Lauby, Bond, Eroglu & Batson, 2006).

En los últimos años se ha hecho evidente la reemergencia del interés internacional y nacional en el papel de los HSH en la epidemia mundial del VIH. Diversos artículos han recalcado la importancia de concentrar el trabajo de prevención en esta población de un modo más sensible y eficaz (Fernández et al. 2007; Folch, 2010; Lorenc, et al., 2011).

En México existe escasa información documentada que relacione las variables: riesgo percibido, balance decisional (pros y contras percibidos) hacia la prueba de VIH en HSH; una vez identificadas podrán ser utilizadas por el personal de salud (enfermería) interesados en este subgrupo de población afectado, para proporcionar información de referencia y como apoyo para realizar intervenciones sobre prevención, ya que es necesario incrementar la conciencia de riesgo de VIH en esta población, además de realizar esfuerzos para aumentar el acceso a las pruebas confidenciales del VIH entre los HSH, y reducir el estigma en contra de este grupo vulnerable.

Por tanto, el objetivo general es determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y el balance decisional (pros y contras percibidos) de los HSH hacia la prueba de VIH, en Monterrey, N.L. y su área metropolitana.

Objetivo General: Determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y el balance decisional (pros y contras percibidos) de los HSH hacia la prueba de VIH, en Monterrey, N.L. y su área metropolitana.

Objetivos específicos

1. Determinar la proporción de HSH que se han realizado la prueba de VIH.
2. Describir el riesgo percibido hacia el VIH de los HSH.
3. Describir el balance decisional (pros y contras) por los HSH hacia la prueba de VIH.
4. Determinar la asociación que existe entre el riesgo y pros percibidos hacia la prueba de VIH.

5. Determinar la asociación que existe entre el riesgo y contras percibidos hacia la prueba de VIH.

6. Establecer si existe diferencia entre los pros y contras percibidos por los HSH, de los que sí se han hecho la prueba de VIH y los que no se la han hecho.

Metodología

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

Diseño del estudio. El diseño del estudio es descriptivo correlacional (Burns & Grove, 2012), descriptivo porque permitió describir el riesgo percibido hacia VIH, balance decisional (pros y contras percibidos) hacia la prueba del VIH y datos como edad y realización de la prueba de VIH. Correlacional por que se determinó la asociación entre el riesgo percibido y balance decisional hacia la prueba de VIH.

Población, muestra y muestreo. La población fue conformada por HSH del área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León. El tamaño de la muestra fue de 202 HSH, con límite de error de estimación de .08 para estimar una proporción con 95% de confianza, para intervalos bilaterales, usando el enfoque conservador y con un tamaño de efecto del diseño de 1.25, mediante el programa estadístico nQuery Advisor versión 4.0.

El muestreo fue mediante el método respondent-driven sampling (RDS) creado por Heckathorn (1997), en español es conocido como muestreo dirigido por entrevistados (MDE). Es un sistema de aproximación tipo cadena de referencia para

obtener un tamaño muestral representativo de una población objeto, el reclutamiento se expande a diferentes niveles de profundidad y dentro de redes sociales distintas.

Este tipo de muestreo se usa principalmente en poblaciones denominadas “poblaciones ocultas”, debido a la discriminación y el estigma social que sufren quienes son identificados abiertamente como parte de esas poblaciones. Se basa en el conocimiento de que los individuos que mejor pueden tener acceso a una población oculta son aquellos que pertenecen a ella. El muestreo se inicia con la selección de informantes clave de la población objeto, llamados “semillas” los cuales reclutan miembros de su grupo de compañeros con los que comparten ciertas características, para este tipo de muestreo se utilizan cupones (Estrada & Vargas, 2010) (Figura 2). Semilla Ola 1 Ola 2 Ola 3 Ola 4 Ola5 Ola 6 Ola 7

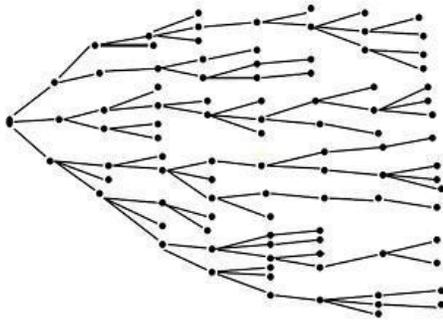


Figura 2. Sistema de aproximación tipo cadena.

Criterios de inclusión

Hombres de 18 años en adelante.

Hombres que se auto-identifiquen tener sexo con otros hombres.

Criterios de exclusión. HSH infectados por VIH/Sida (por medio de una pregunta filtro en la cédula de datos personales).

Instrumentos de medición. Para el presente estudio se utilizó una cédula de datos personales la cual incluye datos como: edad, si se han realizado o no la prueba de VIH y si han sido diagnosticados con la infección.

El riesgo percibido hacia el VIH se midió a través de la Escala de percepción del riesgo del VIH desarrollada por Lauby et al. 2006, el idioma original de este instrumento es el inglés, por lo que se sometió al proceso de back translation (Burns & Grove, 2012); consta de 4 preguntas, un ejemplo de pregunta es: Probabilidad de infectarme con VIH en mi vida, con respuestas en escala tipo Likert, un ejemplo es 1= Muy Improbable, 2 = Improbable, 3 = Poco probable, 4 = Probable, 5 = Muy probable, la puntuación final se obtuvo mediante la suma total del instrumento con un puntaje mínimo de 4 y un máximo de 20; donde un puntaje de 4 a 12 puntos indica bajo riesgo percibido y de 13 a 20 un alto riesgo percibido hacia el VIH. El instrumento cuenta con un coeficiente de confiabilidad aceptable, Alpha de Cronbach de .88.

El balance decisional hacia la prueba de VIH se midió a través de la Escala de medición de pros y contras hacia la prueba de VIH desarrollada por Lauby et al. 2006, el idioma original de este instrumento es el inglés, por lo que se sometió al proceso de back translation (Burns & Grove, 2012). El instrumento está compuesto por dos factores; el primero es Pros, el cual está formado por 8 preguntas, las cuales están divididas en 3 sub- escalas: seguridad y responsabilidad (3 preguntas), prevención de transmisión (4 preguntas) y disponibilidad de medicación (1 pregunta). Un ejemplo de pregunta es: Hacerme la prueba del VIH me daría una sensación de seguridad VIH con respuestas en escala tipo Likert, un ejemplo es 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Indiferente, 4 = De acuerdo, 5 =

Totalmente de acuerdo. La puntuación se obtendrá con la suma de las puntuaciones en cada respuesta que va de 8 a 40 en donde a mayor puntuación, mayores son los pros hacia la prueba.

El segundo factor es Contrás, el cual está formado por 9 preguntas, las cuales están divididas en 3 subescalas: preferiría no saber (5 preguntas), el estigma de ser VIH positivo (3 preguntas), el miedo a las agujas (1 pregunta), un ejemplo de pregunta es: Tengo miedo de hacerme la prueba de VIH con respuestas en escala tipo Likert, un ejemplo es 1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Indiferente, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo. La puntuación se obtiene con la suma de las puntuaciones en cada respuesta que va de 9 a 45 en donde a mayor puntuación, mayores son los contras hacia la prueba. El puntaje del instrumento en general es dependiendo de la puntuación máxima entre las dos subescalas, cuando se obtiene un puntaje mayor en pros se dice que es un balance decisional positivo y un puntaje mayor en contras indica un balance decisional negativo hacia la prueba de VIH. El instrumento cuenta con un coeficiente de confiabilidad aceptable, Alpha de Cronbach de .72 para el apartado de pros y .76 para el de contras.

Procedimiento de recolección de datos. El estudio se realizó con previa autorización de las comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, y del representante de una Organización de la Sociedad Civil (OSC). Una vez que se obtuvieron los permisos, se procedió a la reunión con el representante de la OSC para explicar los objetivos de las encuestas, y los conceptos generales de la metodología a implementar; posteriormente se le pidió que reclutara entre tres y diez individuos HSH. Una vez reclutados, se les explicó el objetivo del estudio y se les invitó a participar, si

aceptaban, se les indicó la forma en que tendrían que reclutar a otros individuos de su misma población, a este grupo se le denominó “semillas” (iniciales), ya que serán los primeros miembros del grupo objetivo, se les explicó el objetivo general del estudio, y se les mencionó que tendrían que reclutar a otros individuos por medio de cupones. A cada semilla se le otorgó tres cupones para ser entregados a tres personas que invitaran a participar en el estudio, a su vez estas personas invitaron cada una a tres más y así sucesivamente, hasta completar el número de muestra establecida. Los cupones fueron enumerados con un código de tal manera que el reclutador original sea identificado, al mismo tiempo sirvió de identificación del nuevo participante, este sistema permitió dar seguimiento y establecer redes, además contó con un número telefónico para acordar una cita para la encuesta y dirección de la OSC; estos cupones fueron hechos de tal manera que sea difícil su reproducción, ya que llevaban un sello y firma de la investigadora.

Cada reclutado tuvo que asistir a la OSC con su cupón correspondiente, en dicho lugar se les recibía, y si cumplían con los criterios de inclusión, se les daba a leer y firmar el consentimiento informado, en caso de aceptar se procedía al llenado de los cuestionarios (Escala de percepción del riesgo del VIH y Escala de medición de pros y contras hacia la prueba de VIH), éstos fueron aplicados en una oficina de la OSC para maximizar la confidencialidad. Al término del llenado de los cuestionarios, se les entregó tres cupones con los que invitarían a otros HSH, además se les otorgó un incentivo por su participación (kit con tres condones y lubricante), además

se les proporcionó un folleto informativo con un directorio de organizaciones o servicios para realizarse pruebas de VIH, al finalizar se le agradeció su asistencia y participación.

Consideraciones éticas. El presente estudio se apegó a lo establecido en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1987), que establece los lineamientos y principios generales que toda investigación científica con seres humanos debe apegarse. En el cual se establecen los lineamientos éticos para el desarrollo de la investigación en el área de la salud, para garantizar la dignidad humana, los derechos y el bienestar de la persona (Artículo 13). Para la realización del estudio, se contó con la autorización del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Artículo 14, fracciones I, IV, VI, VII, VIII).

Estrategia de análisis de datos. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 17.0 para Windows. Se utilizó la estadística descriptiva e inferencial. Para describir los datos personales de los participantes se utilizó un análisis descriptivo a través de frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central. Se determinó la confiabilidad interna de los instrumentos mediante el coeficiente de alpha de Cronbach; se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorov- Smirnov con corrección de lillifors para determinar la normalidad de las variables continuas y numéricas.

Para dar respuesta al objetivo general que indica, determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y el balance decisional (pros y contras percibidos) de los HSH hacia la prueba de VIH, en Monterrey, N.L. y su área metropolitana, se respondió mediante el coeficiente de correlación Spearman.

Para cumplir con el objetivo uno que establece, determinar la proporción de HSH que se han realizado la prueba de VIH se utilizaron frecuencias y porcentajes. Para

cumplir con el objetivo dos que fue describir el riesgo percibido hacia el VIH de los HSH y el objetivo tres que consiste en describir el balance decisional (pros y contras) por los HSH hacia la prueba de VIH, se utilizó estadística descriptiva, así como medias, desviación estándar y variabilidad.

En los objetivos cuatro y cinco que se refieren a determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y pros percibidos hacia la prueba de VIH y determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y contras percibidos hacia la prueba de VIH, se respondió mediante el coeficiente de correlación de Spearman, ya que no hubo distribución normal en las variables; y para el objetivo seis que fue determinar los beneficios y barreras (pros y contras) de los HSH, que si se han hecho la prueba de VIH y los que no se la han hecho se respondió mediante U de Man-Whitney para probar la diferencia en los rangos de los dos grupos ya que las variables presentaron distribución no paramétrica.

Resultados

En el presente capítulo se muestran las características de los participantes, consistencia interna de los instrumentos, prueba de normalidad, posteriormente la estadística descriptiva de las variables de estudio y estadística inferencial.

Características de los participantes. La muestra fue de 202 HSH de Monterrey y su área metropolitana. La edad media fue de 27.79 años ($DE = 8.13$). El 69.3% de los participantes se encuentra en un rango de 18 a 29 años.

Consistencia interna y validez de los instrumentos. Previo al análisis estadístico se evaluó la consistencia interna de los instrumentos. En la tabla 1, se muestran los coeficientes alfa de Cronbach para la Escala de percepción del riesgo

del VIH, Escala de medición de pros y contras hacia la prueba del VIH y sus dos factores (pros y contras); las cuales presentaron coeficientes de confiabilidad aceptables (Burns & Grove, 2012).

Tabla 1. *Consistencia interna de los instrumentos*

Instrumentos	No. Reactivos	Alpha de Cronbach
Escala de percepción del riesgo del VIH (EPR)	4	.79
Escala de medición de pros y contras hacia la prueba del VIH (EMPCP)	17	.89
Pros	8	.86
Contras	9	.85

Nota= n= 202

En la tabla 2 se muestra el análisis factorial de la Escala medición de pros y contras hacia la prueba de VIH, ya que es la primera vez que se realizó el proceso de back translation (traducción al español) y de ser usado por primera vez en población mexicana. Se utilizó rotación Varimax para dos factores que explican el 76.295% de la varianza; en el cual se encontró que la escala presenta validez de constructo, el cual coincide con lo reportado por el autor (Lauby et al.2006).

Tabla 2. *Análisis factorial de la escala medición de pros y contras hacia la prueba de VIH*

Ítems	Componentes			
	F1		F2	
	<i>Método de rotación</i>	<i>% Varianza Explicada</i>	<i>Método de rotación</i>	<i>% Varianza Explicada</i>
1			.571	36.998
2			.637	13.418
3			.497	9.717
4			.747	6.010
5			.821	5.386
6			.743	4.399
7			.795	3.632
8			.644	3.513
9	.603	3.271		
10	.577	2.779		
11	.778	2.345		
12	.582	2.026		
13	.784	1.765		
14	.641	1.664		
15	.603	1.377		
16	.636	1.167		
17	.668	.531		
Auto valores	4.399		4.171	
% Varianza explicada	25.879		24.537	
% Varianza acumulada	25.879		50.416	

*Nota= F = Factor; Método de extracción: Análisis de componentes principales y Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.*²⁴

Prueba de normalidad. Previo al análisis de datos se exploró la distribución para las variables del estudio por medio de la prueba de Kolmogorov Sminrov con corrección de Lilliefors. Los resultados mostraron que no se presentó distribución normal en las Escalas de percepción del riesgo del VIH ($Da = .078, p < .001$), Escala de medición de pros y contras hacia la prueba de VIH ($Da = .059, p = .088$), para las sub-escala pros ($Da = .118, p < .001$) y contras ($Da = .060, p = .072$).

Estadística descriptiva

Proporción de los HSH que se han hecho la prueba de VIH. Para dar repuesta al objetivo uno, que consistió en determinar la proporción de HSH que se han realizado la prueba de VIH. Se encontró que el 46% de los HSH no se han realizado la prueba de VIH, y de aquellos que reportaron habérsela hecho, el 25.2% sólo se la ha realizado una vez, mientras que el 10.9% mencionó habérsela hecho dos veces (tabla 3).

Tabla 3. *Estadística descriptiva respecto a la realización de la prueba de VIH.*

Variable	<i>f</i>	%
HSH que se han realizado la prueba de VIH		
Si	109	54
No	93	46
Número de pruebas de VIH		
Realizadas		
Ninguna vez	93	46
1 vez	51	25.3
2 veces	22	10.9
3 veces	15	7.4
4 veces o mas	21	10.4

Nota= n= 202

En la tabla 4, se presenta la estadística descriptiva para las variables del estudio.

Tabla 4. *Estadística descriptiva de las variables*

Variables		<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Riesgo percibido hacia el VIH	11.22	3.63	4	20
Balance decisional hacia la prueba de VIH	61.27	11.83	31	85
Pros	33.44	5.54	16	40
Contras	27.84	8.01	10	45

Nota= = Media; *DE*= Desviación Estándar; *Min*= Mínimo; *Max*= Máximo

Riesgo percibido hacia el VIH. Para cumplir con el objetivo dos, el cual consistió en describir el riesgo percibido hacia el VIH de los HSH (tabla 5). Se encontró por medio de la Escala de percepción de riesgo del VIH, que el 66.3% reportó bajo riesgo percibido hacia el VIH (*IC* = 95%.) Tabla 5

Estadística descriptiva del riesgo percibido hacia el VIH de los HSH

Variable	<i>F</i>	%
Riesgo percibido		
Bajo riesgo	134	66.3
Alto riesgo	68	33.7
Total	202	100

Nota= n=202

Balance decisional (pros y contras) por los HSH hacia la prueba de VIH Pros.

En relación al objetivo tres, el cual se refiere a describir el balance decisional (pros y contras) por los HSH hacia la prueba de VIH, se obtienen los siguientes resultados. En la tabla 6, se muestran los pros (beneficios) hacia la prueba de VIH que los HSH reportaron, en cuanto a la subescala de *Seguridad y responsabilidad*, el 83.6% de los encuestados mencionó estar de acuerdo y totalmente de acuerdo en que hacerse la prueba de VIH les daría una sensación de seguridad; respecto a la subescala de *Prevención de Trasmisión*, el 95% está de acuerdo y totalmente de acuerdo en que si tuvieran el VIH no quisieran infectar a nadie más y el 90.6% está de acuerdo y totalmente de acuerdo en que quisieran estar seguros de no tener VIH para decírselo a su pareja sexual.

Tabla 6. *Estadística descriptiva del factor: Pros hacia la prueba de VIH*

Ítems	<i>TD</i>		<i>D</i>		<i>I</i>		<i>A</i>		<i>TA</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Seguridad y responsabilidad</i>										
1. Todos deberían hacerse la prueba del VIH	10	5	8	4	16	7.8	81	40.1	87	43.1
2. Hacerme la prueba del VIH me daría una sensación de seguridad	5	2.5	13	6.4	15	7.5	78	38.6	91	45
3. Hacerme la prueba del VIH me ayuda a mantenerme sano para cuidar a mi familia y amigos	16	7.9	16	7.9	29	14.4	66	32.7	75	37.1
<i>Prevención de transmisión</i>										
4. Si tuviera el VIH no quisiera infectar a nadie más	3	1.5	1	.5	6	3	79	39.1	113	55.9
5. Si tuviera el VIH me gustaría saberlo para no infectar a alguien más	2	1	2	1	6	3	88	43.6	104	51.4

6.Si tuviera el VIH me gustaría decírselo a mi pareja sexual	3	1.5	13	6.4	7	3.5	59	29.2	120	59.4
--	---	-----	----	-----	---	-----	----	------	-----	------

7. Quiero estar seguro de no tener VIH para decírselo a mi pareja sexual	3	1.4	8	4	8	4	70	34.7	113	55.9
---	---	-----	---	---	---	---	----	------	-----	------

***Disponibilidad de
medicación***

8. Si me entero que tengo el VIH, sé que hay nuevos medicamentos que puedo tomar	22	10.9	18	8.9	29	14.4	80	39.6	53	26.2
--	----	------	----	-----	----	------	----	------	----	------

Nota: TD= Totalmente en desacuerdo; D= En desacuerdo; I= Indiferente; A= De acuerdo; TA= Totalmente de acuerdo

Contras. En la tabla 7, se muestran los contras (barreras) hacia la prueba de VIH. Se muestra en la sub-escala *Preferiría no saber*, que el 60.9% de los HSH reportó estar de acuerdo y totalmente de acuerdo de tener miedo de hacerse la prueba de VIH; respecto a la sub-escala *Estigma de ser VIH positivo*, el 78.7% mencionó estar de acuerdo y totalmente de acuerdo de que la gente los podría rechazar si tuvieran el VIH y un 71.8%% reportó estar de acuerdo y totalmente de acuerdo en que podrían ser despedidos de su trabajo o no ser capaz de conseguir uno nuevo si tuvieran el VIH y en la sub-escala *Miedo a las agujas*, el 53% manifestó estar de acuerdo y totalmente de acuerdo de tener miedo de la aguja utilizada para la prueba de detección de VIH

Tabla 7. Estadística descriptiva del factor: *Contras hacia la prueba de VIH*

Items	TD		D		I		A		TA	
	<i>f</i>	%								
<i>Preferiría no saber</i>										
9. Si tuviera el VIH preferiría no saberlo	92	45.5	67	33.2	18	8.9	19	9.4	6	3
10. Es mejor no saber si tengo el VIH	88	43.6	75	37.1	21	10.4	14	6.9	4	2
11. Tengo miedo de hacerme la prueba de VIH	35	17.3	23	11.4	21	10.4	81	40.4	42	20.8
12. No es importante saber si tengo el VIH porque el destino decidirá si vivo o muero	101	50	33	16.3	40	19.8	25	12.4	3	1.5
13. Tengo miedo de decirle a mi pareja sexual que me hice la prueba de VIH	57	28.2	29	14.4	17	8.4	60	29.7	39	19.3
<i>Estigma de ser VIH positivo</i>										
14. Si tuviera el VIH la gente me podría rechazar	14	6.9	16	7.9	13	6.5	68	33.7	91	45
15. Si tuviera el VIH podría ser despedido de mi trabajo, o no ser capaz de conseguir uno nuevo	26	12.9	23	11.4	8	4	59	29.2	86	42.5
16. Si me entero de que tengo el VIH no podría ver a la cara a mi familia	43	21.3	45	22.3	17	8.4	55	27.2	42	20.8
<i>Miedo a las agujas</i>										
17. Tengo miedo de la aguja utilizada para la prueba de detección sanguínea del VIH	41	20.3	24	11.9	30	14.9	61	30.2	46	22.7

Nota: TD= Totalmente en desacuerdo; D= En desacuerdo; I= Indiferente; A= Deacuerdo; TA= Totalmente de acuerdo

Estadística inferencial

Asociación entre el riesgo percibido y pros y contras hacia la prueba de VIH.

Para cumplir con el objetivo cuatro, que se refiere a determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y pros percibidos hacia la prueba de VIH y para el objetivo cinco, el cual es determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y contras percibidos hacia la prueba de VIH, en la tabla 8, se puede apreciar que no se encontraron correlaciones significativas entre las variables de interés para ninguno de los objetivos ya mencionados.²⁹

Tabla 8. *Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables del estudio*

Variables	1	2	3	4
1. Riesgo percibido	1			
	-			
2. Balance Decisional	.011	1		
	.881	-		
Pros	.003	.835**	1	
	.969	.000	-	
4. Contras	.025	.905**	.556**	1
	.720	.000	.000	-

Nota: ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Diferencias entre los pros y contras percibidos hacia la prueba de VIH. Para cumplir con el objetivo seis, que fue establecer si existe diferencia entre los pros y contras percibidos por los HSH, de los que si se han hecho la prueba de VIH y los que no se la han hecho. Se utilizó la prueba de U de Mann Whitney para probar la diferencia en los rangos entre los pros y contras de realizarse la prueba de VIH, como se muestra en la tabla 9 y 10. En la tabla 9 se aprecian diferencias significativas en los pros: hacerme la prueba de VIH me daría una sensación de seguridad ($U = 3992$, $p < .005$); hacerme la prueba de VIH me ayuda a mantenerme sano para cuidar a mi familia y amigo ($U = 3764.5$, $p < .001$); si tuviera el VIH me gustaría saberlo para no infectar a alguien más ($U = 4014.5$, $p = .004$); quiero estar seguro de no tener VIH para decírselo a mi pareja sexual ($U = 4157.5$, $p = .013$); si me entero de que tengo el VIH, sé que hay nuevos medicamentos que puedo tomar ($U = 3940$, $p = .004$).

Tabla 9. Diferencia en los rangos de HSH que se han realizado la prueba y de los que no:
Pros

Ítems	RPVIH	n	Mdn	Rango		U	p
					promedio		
1. Todos deberían hacerse la prueba de VIH	No	93	3.99	4	91.92	4178.00	.020
	Si	109	4.24	5	109.67		
2. Hacerme la prueba de VIH me daría una sensación de seguridad	No	93	4	4	89.92	3992.00	.005
	Si	109	4.32	5	111.38		
3. Hacerme la prueba de VIH me ayuda a mantenerme sano para cuidar a mi familia y amigos	No	93	3.55	4	87.48	3764.50	.001
	Si	109	4.07	4	113.46		
4. Si tuviera el VIH no quisiera infectar a nadie más	No	93	4.39	4	93.61	4335.00	.043
	Si	109	4.55	5	108.23		
5. Si tuviera el VIH me gustaría saberlo para no infectar a alguien más	No	93	4.34	4	90.17	4014.50	.004
	Si	109	4.51	5	111.17		
6. Si tuviera el VIH me gustaría decírselo a mi pareja sexual	No	93	4.31	5	95.89	4547.00	.150
	Si	109	4.45	5	106.28		
7. Quiero estar seguro de no tener VIH para decírselo a mi pareja sexual	No	93	4.31	4	91.70	4157.50	.013
	Si	109	4.47	5	109.86		
8. Si me entero que tengo el VIH, sé que hay nuevos medicamentos que puedo tomar	No	93	3.37	4	89.37	3940.00	.004
	Si	109	3.83	4	111.85		

Nota: RPVIH = Se han realizado la prueba de VIH; $\bar{\quad}$ = Media; *Mdn*= Mediana; *U*=
U de Mann Withney

En la tabla 10 se muestran las diferencias significativas con relación a los contras.

Se encontraron diferencias significativas en: es mejor no saber si tengo el VIH (*U* = 3952.5, *p* = .004); tengo miedo de hacerme la prueba de VIH (*U*= 3452.5, *p* < .001); si tuviera el VIH podría ser despedido de mi trabajo, o no ser capaz de conseguir uno nuevo (*U* = 4325, *p* = .058); si me entero de que tengo el VIH no podría ver a la cara a mi familia (*U* = 3499.5, *p* < .001); tengo miedo de la aguja utilizada para la prueba de detección sanguínea del VIH (*U* = 3714.5, *p* < .001).

Tabla 10. Diferencia en los rangos de HSH que se han realizado la prueba y de los que no: *Contras*

Ítems	RPVIH	<i>n</i>		<i>Mdn</i>	Rango promedio	<i>U</i>	<i>p</i>
9.Si tuviera el VIH preferiría no saberlo	No	93	2.06	2	111.69	4121.00	.014
	Si	109	1.78	1	92.81		
10.Es mejor no saber si tengo el VIH	No	93	2.04	2	113.50	3952.50	.004
	Si	109	1.72	1	91.26		
11.Tengo miedo de hacerme la prueba de VIH	No	93	3.81	4	118.88	3452.50	.001
	Si	109	2.97	1	86.67		
12.No es importante saber si tengo el VIH porque el destino decidirá si vivo o muero	No	93	2.19	2	111.56	4133.00	.015
	Si	109	1.82	1	92.92		
13.Tengo miedo decirle a mi pareja sexual que me hice la prueba de VIH	No	93	3.28	4	111.64	4125.50	.019
	Si	109	2.72	2	92.85		
14.Si tuviera el VIH la gente me podría rechazar	No	93	4.22	4	108.13	4451.50	.110
	Si	109	3.85	4	95.84		

Ítems	<i>RPVIH</i>	<i>n</i>	<i>Media</i>	<i>Mdn</i>	Rango promedio	<i>U</i>	<i>p</i>
15.Si tuviera el VIH podría ser despedido de mi trabajo, o no ser capaz de conseguir uno nuevo	No	93	3.96	4	109.49	4325.00	.058
	Si	109	3.61	4	94.68		
16.Si me entero de que tengo el VIH no podría ver a la cara a mi familia	No	93	3.47	4	118.37	3499.50	.001
	Si	109	2.62	2	87.11		
17.Tengo miedo de la aguja utilizada para la prueba de detección sanguínea del VIH	No	93	3.62	4	116.06	3714.50	.001
	Si	109	2.90	3	89.08		

Nota: RPVIH = Se han realizado la prueba de VIH; = Media; Mdn= Mediana; U= U de Mann Withney

Para dar respuesta al objetivo general que fue determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y el balance decisional (pros y contras percibidos) de los HSH hacia la prueba de VIH. Se utilizó una correlación de Spearman donde se encontró que no hubo asociación (ver tabla 7) entre el riesgo percibido y el balance decisional (pros y contras percibidos) de los HSH hacia la prueba de VIH ($r_s = .011, p = .881$).

Discusión

El propósito del presente estudio fue determinar la asociación que existe entre el riesgo percibido y el balance decisional (pros y contras percibidos) de los HSH hacia la prueba de VIH en una muestra de 202 HSH, se utilizó como base el Modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, 1974). A continuación, se discuten los resultados obtenidos del objetivo general y de los seis objetivos específicos. Posteriormente las limitaciones, conclusiones y recomendaciones.

De acuerdo con la proporción de HSH que se han realizado la prueba de detección de VIH, se encontró que un poco menos de la mitad no se ha realizado la prueba de VIH; datos que concuerdan con lo reportado por Blas et al. (2011), quienes reportaron que el 49.4% no se había hecho la prueba del VIH. Esto pudiera deberse a que tal vez la mayoría de los HSH no se perciben en riesgo porque creen ser muy cuidadosos en sus prácticas sexuales y esto los haga sentirse invulnerables.

En cuanto a la percepción de riesgo hacia el VIH por parte de los HSH, se encontró que más de la mitad de ellos se perciben con bajo riesgo. Esto concuerda con lo reportado por Yan et al. (2011) quienes refieren que un 70.2% de HSH tienen baja percepción de riesgo; además Bautista et al. (2013) también reportaron que poco menos de la mitad de HSH no se sienten en riesgo; asimismo Wei Ma et al. (2012) refieren que los HSH no se perciben como de alto riesgo para la enfermedad por lo que pensaban que era poco probable que se infectaran con el VIH, lo que se pudiera explicar que a pesar del conocimiento sobre el riesgo del VIH, algunos pueden no estar preocupados o sentirse en riesgo porque saben que existen tratamientos eficaces, y esto aunado a la invulnerabilidad que sienten, crea en los HSH sentirse con baja percepción de riesgo.

En cuanto a los principales pros (beneficios) hacia la prueba de VIH que reportaron los HSH, fueron: hacerme la prueba de VIH me daría una sensación de seguridad, si tuvieran el VIH no quisieran infectar a nadie más y quisieran estar seguros de no tener VIH para decírselo a sus parejas sexuales, así mismo mencionaron que hacerse la prueba de VIH les ayudaría a mantenerse sanos para cuidar a su familia y amigos, a su vez refieren que si se enteran que tienen el VIH, saben que hay nuevos medicamentos

que pueden tomar; lo anterior concuerda con Gray, Prestage, Down, Ghaus y Hoare, (2013), quienes reportan similitudes en las observaciones de sus participantes, es decir, mencionan que los principales aspectos positivos hacia las pruebas de VIH son, que les permite conocer su estado serológico, da la posibilidad de evitar la transmisión a terceras personas y el acceso al tratamiento de la enfermedad de manera temprana y eficaz. Probablemente esto pudiera deberse a que los HSH son conscientes sobre los beneficios que les brindan las pruebas, sin embargo, los costos potenciales de una prueba positiva siguen siendo mayores en esta población.

Por otro lado, los contras (barreras) hacia la prueba de VIH más reportados en este estudio fueron: rechazo por parte de la gente, ser despedidos de su trabajo o no ser capaces de conseguir uno nuevo, el miedo a la prueba de VIH, y el miedo a la aguja utilizada para la prueba de detección de VIH; datos que concuerdan con lo reportado por Blas et al. (2011); Nelson et al. (2010); Lorenc et al. (2011); Fernández et al. (2007);

Yan et al. (2011), y Bautista et al. (2013), quienes encontraron resultados similares a los de este estudio, además que mencionaron otros factores, los cuales no fueron explorados en el presente estudio, pero es necesario resaltarlos ya que se consideran datos importantes: no puedo pagar por la prueba de VIH, o sé dónde hacerme la prueba de VIH. Esto pudiera deberse a las anteriores experiencias personales, ya sean buenas o malas al haber tomado una prueba, o bien a la falta de confianza en el sistema de salud, falta de información acerca del VIH, el carácter mortal de la enfermedad, estigma, discriminación (trabajo, familia y vínculo social), por tal motivo estas cuestiones son vistas como los determinantes y/o impedimentos más importantes para

la prevención y pruebas del VIH. Lo anterior, puede relacionarse con lo propuesto en el MCS, donde las *barreras percibidas* que tiene las personas sobre lo que implica (costos materiales y psicológicos) y el llevar a cabo una conducta preventiva (realizarse la prueba de VIH) se oponen a la ejecución de la conducta en cuestión, como puede ser por ejemplo, determinados aspectos potencialmente negativos de un curso de acción como realmente efectivo para enfrentarse a un trastorno de salud pero al mismo tiempo, puede verlo como costoso, desagradable o doloroso. Estos aspectos negativos de la conducta de salud funcionarían como barreras para la acción que interaccionan con las anteriores dimensiones.

No se encontró relación entre los elementos del balance decisional (pros, contras) y el riesgo percibido. Investigaciones anteriores acerca del VIH en individuos en situación de riesgo, encontraron que los de mayor riesgo percibido pueden tener puntos de vista más negativos hacia la prueba del VIH (las puntuaciones más altas “contras” y las puntuaciones más bajas “pros”). Esto se traduce en una evaluación del balance decisional donde las desventajas superan las ventajas, posiblemente debido al temor a un estado positivo del VIH (Lauby et al., 2006). Sin embargo, los HSH no suelen anticipar una prueba del VIH positiva, lo que puede explicar la falta de asociación (Marelich & Clark, 2005). Otra posible explicación sería que la recolección de datos se hizo de forma transversal, y no en el momento del antes o después de realizarse una prueba del VIH, probablemente los pros y contras hacia la prueba de VIH y el riesgo percibido pueden verse afectados por la experiencia de hacerse la prueba. O bien pudiera deberse a que en nuestro estudio no se analizó la relación de diversos factores que el Modelo menciona como factores *modificantes* y esto comprueba que el Modelo representa de manera adecuada la relación entre sus factores.

Respecto a que si existe diferencia entre los pros y contras percibidos por los HSH, de los que si se han hecho la prueba de VIH y los que no se la han hecho, se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos; esto podría deberse a que los HSH que se han realizado la prueba de VIH perciben menos contras (barreras) debido al posible conocimiento del procedimiento antes y después de dicho examen; sin embargo, también es probable que esta posible experiencia también los lleve a no hacérsela, pero dependiendo de las experiencias que hayan vivido ya sea por cualquiera de los predictores antes ya mencionados, por lo cual se considera un punto a favor para poder lograr un cambio positivo a futuro en los HSH y una posible mejora en los servicios de salud, ya que se demuestra que los pros y contras influyen dependiendo de las posibles experiencias vividas por esta población en este tipo de servicio de prevención.

Conclusiones

La mayoría de los participantes se encuentran en un rango de edad de 18 a 29 años, un alto porcentaje de HSH se perciben como de bajo riesgo para la infección del VIH.

Un poco más de la mitad de los HSH reportó haberse realizado pruebas de VIH, mientras que la otra mitad reportó no haberse hecho ninguna prueba de VIH en su vida; cabe mencionar que la proporción que reportó habérsela realizado, sólo lo ha hecho una vez. Los HSH de mayor edad fueron los que se la han hecho más de una vez.

Se encontró que los pros (beneficios) más significativos para la población fueron: hacerme la prueba de VIH les daría una sensación de seguridad, si tuviera el VIH no quisieran infectar a nadie más; mientras que los contras fueron: el miedo a la prueba de VIH, rechazo por parte de la gente, ser despedidos de su trabajo o no ser capaces de

conseguir uno nuevo, es mejor no saber si tengo el VIH y miedo a la aguja utilizada para la prueba de detección de VIH.

Se observó que no existe una correlación significativa entre las variables de interés: riesgo percibido y balance decisional (pros y contras) hacia la prueba de VIH, por lo que pudiera ser, que otros factores estén influyendo de manera importante en las variables del presente estudio. Se encontraron diferencias significativas entre los HSH que se habían realizado una prueba de VIH y entre los que no se la había realizado.

Referencias

- Alcarraz, C., Arias, K., Peña, C., Ventura, J. & Calle, M. (2008). Associated factors to the HIV testing in university students. *Societal Scientific de San Fernando*. Bautista, S., Colchero, M., Sosa, R., Romero, M. & Conde, G. (2013). Is the HIV Epidemic Stable among MSM in Mexico? HIV Prevalence and Risk Behavior Results from a Nationally Representative Survey among Men Who Have Sex with Men. *PLoS ONE* 8 (9). doi:10.1371/journal.pone.0072616
- Blas, M., Alva, I., Caballero, R., Carcamo, C. & Kurth, A. (2011). Risk Behaviors and Reasons for not Getting Tested for HIV among Men Who Have Sex with Men: An Online Survey in Peru. *PLoS ONE* 6(11), 27334. doi:10.1371.
- Blas, M., Menacho, A., Alva, E., Cabello R. & Orellana, R. (2012). Motivating Men Who Have Sex with Men to Get Tested for HIV through the Internet and Mobile Phones: A Qualitative Study. *PLoS ONE* 8(1), 54012. doi: 10.1371.
- Bravo, M. (2009). Actitudes ante la diversidad sexual en profesionales de la salud de la ciudad de

- Taxco de Alarcón, Guerrero, México. (Spanish). *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 15(1), 71-85.
- Burns, N. & Grove, S. (2012). *Investigación en enfermería* (3^a ed.). Madrid, España: Elseiver.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA [CENSIDA], (2012). El VIH/SIDA en México, Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 30 de Junio del 2012.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA [CENSIDA], (2012). Informe nacional de avances en la lucha contra el Sida, Período reportado: Enero 2010-Diciembre 2011 Fecha del informe: 31 marzo 2012.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA [CENSIDA], (2011). El VIH/SIDA en México 2011.
- Estrada, J. & Vargas, L. (2010). El muestreo dirigido por los entrevistados (MDE) para acceder a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad frente al VIH: Su aplicación en grupos de hombres que tienen sexo con hombres. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 28(3), 266-281.
- Fernández, P., Lupiañez, F. & Zaragoza, K. (2012). Actitudes hacia los programas de prevención on-line del VIH y las ITS, y perfil de los usuarios de Internet en los hombres que tienen sexo con hombres. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 28(4).

- Fernández, P., Zaragoza, K., Rodés, A., Menoyo, C., Perez, A. & Poveda, T. (2007). Prueba del VIH y variables asociadas a su realización en HSH de España. *Barcelona: Stop Sida*.
- Folch, C. (2010). Incremento en la prevalencia del VIH y en las conductas de riesgo asociadas en hombres que tienen sexo con hombres: 12 años de encuestas de vigilancia conductual en Cataluña. *Elsevier España*, doi:10.1016.
- Groce, N. & Trasi, R. (2004). Violación de personas con: SIDA. *AIDS care*, (ahead-of-print), 1-5.
- Heckathorn, D. (1997). Respondent-driven sampling: A new approach to the study of hidden populations. *Social Problems*, 44, 174-199.
- Jociles, M., Villamil, F. & Lores, F. (2007). Una investigación cualitativa en busca de la diversidad de lógicas de actuación: la prueba del VIH en HSH. *Redalyc*, 29, 49-66.
- Joint United Nations Programmed on VIH AIDS [UNAIDS]. Report on the Global AIDS Epidemic: UNAIDS 2012.
- Lansky, A., Sullivan, S., Gallagher K. & Fleming, P. (2007). HIV behavioral surveillance in the U.S.: A conceptual framework. *Public Health Rep*, 122 (1), 16-23.
- Lauby, J., Bond, L., Eroglu, D. & Batson, H. (2006). Decisional Balance, Perceived Risk and HIV Testing Practices. *AIDS and Behavior*. doi: 10.1007/s10461-005-9029-7.
- Lorenc, T., Marrero, I., Llewellyn, A., Aggleton, A., Coopers, C., Lehmann, A. & Lindsay, C. (2011). HIV testing among men who have sex with men (MSM): systematic review of qualitative evidence. *Health education research*, 26(5) ,834–846.

- Marelich, W. & Clark, T. (2005). Human Immunodeficiency Virus (HIV) testing and false disclosures in heterosexual college students. *Journal of American College Health*,53(3),109-115.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012). 10 datos sobre el VIH/SIDA. Recuperado de:<http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/index.html>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009). Proyecto para la provisión de cuidado integral a HSH en América Latina y el Caribe. Recuperado de: new.paho.org/hq/.../Blueprint%20MSM%20Final%20SPANISH.pdf
- Ryan, C., Huebner, D., Díaz, R. & Sánchez, J. (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), 346-352. doi:10.1542/peds.2007-3524
- Secretaría de Salud [SS]. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud* (7^a ed.). México. Porrúa.
- Thomas, B., Mimiaga, M., Mayer, K., Johnson, C., Menon, S., Swaminathan, S. & Safren, S. (2009). Unseen and unheard: predictors of sexual risk behavior and HIVinfection among men who have sex with men in Chennai, India. *AIDS Education & Prevention*,21(4), 372-383. doi:10.1521/aeap.2009.21.4.372
- Vargas, R. (2006). Conocimientos, Actitudes y Prácticas VIH/SIDA y Uso del Condón. *Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO)*, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional.

Wei Ma, K., Hongyan, L., Ma, X., Xia, D., Rongrong, L., Xu, J., ... Ruan, Y. (2012). HIV risk perception among men who have sex with men in two municipalities of China implications for education and intervention. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 25(3), 385-38.

Yan, S., Xiaoming, L., Liying, Z., Xiaoyi, F., Xiuyun L., Yinjie, L. & Bonita S. (2011). HIV testing behavior among young migrant men who have sex with men (MSM) in Beijing, China. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 23(2), 179-186.

Yep, G. (1993). HIV Prevention among Asian American College Students: Does the Health Belief Model Work? *Journal of American College Health*, 41, (5), 199-205.

CAPÍTULO 2

SUPERVISIÓN PARENTERAL Y COMPORTAMIENTOS SEXUALES EN ADOLESCENTES

Dora Julia Onofre Rodríguez

María Verónica Noverola Calderón

Raquel Alicia Benavides Torres

Introducción

La Conducta sexual (CS) se ha constituido un tema de estudio a nivel mundial tanto en las instituciones educativas como de salud pública debido a su relación con problemas como la deserción escolar, embarazos no planeados, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/Sida. El concepto de CS ha sido definido por diversos investigadores, sin embargo, la mayoría coinciden en cuanto a tres elementos que se ven involucrados en una CS: los factores relacionados con actividad sexual sin método de barrera (generalmente condón); actividad sexual con múltiples parejas y actividad sexual realizada bajo los efectos del alcohol o estupefacientes (Pulido, 2011).

La CS, entendida como aquellas acciones que implican una exposición de la persona a una situación que pueda generar algún daño sobre su salud o sobre la de otra persona, especialmente por la posibilidad de transmitir enfermedades como el Sida (Antón & Espada, 2009; Espada, Quiles & Méndez, 2003; Chávez & Álvarez, 2012; Pulido, Carazo, Orta, Coronel, & Vera, 2011). Un estudio de Espinosa et al. (2022) enfatiza que las conductas sexuales de riesgo en adolescentes, que incluyen relaciones sexuales sin protección y múltiples parejas, son factores que aumentan la vulnerabilidad a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y a embarazos no deseados. Resalta la importancia de la educación sexual integral y el acceso a servicios de salud para mitigar estos riesgos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa de la vida de los individuos comprendida entre los 10 y 19 años, mientras que la juventud se extiende de los 15 a 24 años. En estas etapas se inicia la búsqueda de la identidad propia y la independencia de los padres mediante la relación con los pares en un ambiente social de mayor libertad y exposición a situaciones de riesgo como la violencia y las sustancias adictivas, mientras se dan los cambios más importantes a nivel biológico y psicosocial que influyen en la CS (Acosta et al., 2010; Chávez, & Álvarez, 2012; Valle-Solís et al., 2011).

Los estudios demuestran que es en este periodo cuando se inicia la vida sexual activa y se llegan a tener un gran número de parejas sexuales, además de practicar el sexo penetrativo mayormente sin protección. Aunque la edad promedio en que los adolescentes y jóvenes inician su vida sexual varía de acuerdo con los países y entidades estudiadas, en México se ha reportado una media poblacional para los varones de 16 años y 17 para

las mujeres, sin embargo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), reportó que las edades de inicio de las relaciones sexuales en este grupo de población siguen disminuyendo.

En relación con estos datos, la ENSANUT (2018), expuso que el porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años que reportaron haber iniciado vida sexual, 19.1% (14% de los hombres y 26.1% de las mujeres) no utilizó métodos anticonceptivos. Al comparar con la ENSANUT 2012 destaca un menor porcentaje de mujeres que no utilizó ningún método anticonceptivo en 2018. Con respecto a la última relación sexual, 21.1% (15.8% de los hombres y el 28.5% de las mujeres) no utilizaron ningún método anticonceptivo; mientras que 79.2% de los hombres y 54.9% de las mujeres utilizaron el condón masculino. ENSANUT (2018)

Entre los métodos más utilizados por este grupo de edad se ubica el condón, siendo los hombres el grupo de población que reportó mayor utilización del mismo en la primera relación sexual penetrativa. En la última relación sexual el uso de métodos anticonceptivos sigue una tendencia similar a la de la primera relación, aunque con algunas variaciones. Por ejemplo, el uso del condón aumento en el total de adolescentes en hombres; en mujeres la aumento en la utilización del condón masculino. ENSANUT (2018)

De acuerdo con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA; 2023), en 2023, 39,9 millones de personas vivían con VIH en todo el mundo. De acuerdo con esta misma institución, para conseguir que el número de nuevas infecciones por el VIH sea cero, se necesita reducir sustancialmente cada año la

transmisión sexual del virus ya que esta vía es responsable de la mayoría de las nuevas infecciones. Para el 2024, el Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida (CENSIDA), 6,285 nuevos diagnósticos de VIH y 889 casos nuevos de sida. Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) siguen siendo el grupo más afectado, con una prevalencia de 17.1% frente al 0.3% en la población general. Los jóvenes de 15 a 24 años representan el 10.5% de los casos diagnosticados en 2024, lo que continúa siendo una cifra significativa.

El porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con VIH ha aumentado en los últimos años. Según los datos más recientes del CENSIDA este grupo representa en 13% de los casos acumulados del VIH/SIDA en el estado. Nuevo León ocupa el cuarto lugar a nivel nacional. CENSIDA (2024).

Se han realizado diversos estudios para establecer cuáles son las causas que contribuyen con el inicio temprano de la vida sexual en los jóvenes y adolescentes. Estos estudios han considerado básicamente los factores individuales, familiares y sociales como las principales razones asociadas a este fenómeno. Con respecto a las variables familiares, algunos estudios señalan que en la etapa de la adolescencia los padres enfrentan nuevos retos en cuanto a cómo manejar la supervisión de las actividades que realizan sus hijos, con quienes se relacionan y de qué manera, sobre todo si se tiene en cuenta que es en esta etapa cuando ocurren con mayor frecuencia las relaciones de noviazgo y sexo sin protección (Longomore, Eng, Giordano, & Manning, 2010).

En México, se ha demostrado que algunas características positivas de los padres como es el Monitoreo Parental (MP), se asocian con la ausencia de CS que pone en riesgo la salud sexual y reproductiva de los jóvenes. Esta evidencia señala que hay una reducida

actividad sexual en este grupo de población y un incremento en el uso de métodos de protección para realizar sexo. El MP, ha demostrado una importante influencia en el tipo de relaciones sociales, el rendimiento académico, el uso de sustancias y la depresión entre los adolescentes (Baumrind, 1991; Betancourt, Andrade, & Orozco, 2008).

El MP es reconocido como una práctica que ejercen los padres con sus hijos, no de una manera invasiva o intrusiva, sino como producto de una relación que se ha cultivado armoniosamente entre padres e hijos. El hijo siente que debe informar sobre las actividades que realiza a sus padres porque estos se interesan en él y los padres solicitan información con el mismo objetivo. Varios estudios han mostrado que el monitoreo influye en el comportamiento adolescente y puede prolongarse hasta la etapa de la juventud ya sea directamente al minimizar el involucrase en situaciones de riesgo, e indirectamente al mejorar sus habilidades sociales (Li, Feigelman, & Stanton, 2000).

En relación con lo anterior, Nola J. Pender (2006), en su Modelo de Promoción de la Salud (MPS), plantea que las influencias interpersonales son cogniciones concernientes a las conductas, creencias o actitudes de otros y que estas cogniciones pueden o no corresponder con la realidad. Las fuentes principales de influencia interpersonal en las conductas promotoras de la salud son la familia, los compañeros y los profesionales de la salud. Se ha demostrado que estas influencias interpersonales afectan la predisposición de los individuos para realizar las conductas promotoras de la salud, por lo que el MP en jóvenes puede ser estudiado como relaciones interpersonales, es decir, como la percepción del joven sobre el conocimiento que tienen sus padres acerca de dónde, cómo y con quién pasan el tiempo cuando está fuera de casa.

De acuerdo con lo planteado por Pender (2006), la conducta promotora de salud es el resultado de la acción dirigida al bienestar óptimo, que da como resultado una experiencia de salud positiva durante la vida. Las familias son una fuente importante de influencia interpersonal que pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación del joven en la conducta promotora de la salud. En México, los estudios realizados en cuanto a la influencia que el MP ejerce específicamente sobre las CS en la población juvenil aún son muy escasos. Si bien es cierto que los factores familiares han sido casi siempre referidos en los resultados de las investigaciones sobre las CS como un elemento asociado a este fenómeno, resulta imperante establecer si la influencia del MP percibido por los jóvenes constituye un factor protector para las CS. Los resultados obtenidos en el presente estudio permitirán establecer la asociación que existe entre el MP y la CS en jóvenes, a fin de plantear alternativas de solución para este problema de salud pública tomando como escenario primordial de acción el núcleo familiar (Di Clemente et al., 2002).

Objetivo General

Establecer la asociación que existe entre el MP y la CS en jóvenes.

Objetivos Específicos

1. Describir el MP percibido por los jóvenes.
2. Identificar la CS de los jóvenes.
3. Establecer si existen diferencias entre los niveles de MP (bajo, medio, alto) y la CS del joven.

Metodología

En el presente capítulo se describe el diseño de estudio, la población, muestra y muestreo, los criterios de inclusión y exclusión, así como la descripción de los instrumentos utilizados para la investigación. Se incluyen también, las consideraciones éticas y las estrategias para el análisis de los datos.

Diseño del Estudio. Para el presente trabajo de investigación se utilizó un estudio descriptivo correlacional, ya que el propósito fue describir los distintos niveles de MP percibido por los jóvenes y la relación que guarda con la CS. Así mismo, fue de tipo transversal debido a que los datos se obtuvieron en un momento específico (Burns & Grove, 2012).

Población Muestra y Muestreo. La población estuvo conformada por estudiantes pertenecientes a 15 escuelas de nivel universitario de la zona metropolitana de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. El tamaño de la muestra fue calculado mediante el programa estadístico nQuery Advisor versión 4.0, estimado para una tabla de contingencia de 3x2, con un nivel de significancia del .5%, una potencia de 90% y tamaño de efecto de 0.3 (Cohen, 1988), resultando un tamaño de muestra de 250. El muestreo fue aleatorio estratificado con asignación proporcional al estrato.

Criterios de Inclusión

1. Jóvenes de 18 a 24 años.
2. Que vivan con uno o ambos padres o tutores.

Criterios de Exclusión

1. Que vivan en unión libre o sean casados.

Instrumentos de Medición. Para el presente estudio se utilizaron cuestionarios a lápiz y papel. Mediante una cédula de datos personales (Apéndice A) la cual incluye datos como: edad, sexo, escuela y tipo de vínculo familiar (vive con: ambos padres, el padre, la madre o un tutor).

Para valorar el nivel de MP, se utilizó la Escala de MP de Silverberg & Small (1991), el idioma original de este instrumento es el inglés, por lo que se sometió al proceso de back translation (Burns & Grove, 2012). Este instrumento consta de seis preguntas, un ejemplo de pregunta es: Mis padres saben dónde estoy después que salgo de la escuela. Las opciones de respuesta están dadas en una escala

tipo Likert: (1) nunca, (2) rara vez, (3) algunas veces, (4) frecuentemente y (5) muy frecuentemente. La puntuación de la escala es de tipo Likert y se obtuvo utilizando dos puntos de corte obteniendo tres niveles: bajo (hasta 3.333), medio (3.333 a 4.5) y alto (arriba de 4.5), de tal manera que una mayor puntuación refleja un mayor nivel de MP. Este instrumento cuenta con un coeficiente de confiabilidad aceptable, Alfa de Cronbach de .82.

Para medir la CS, se utilizaron las Escala de Experiencia Sexual de Ingledew & Ferguson (2007). Este instrumento consta de ocho reactivos. Un ejemplo de pregunta es: En su vida, ¿con cuántas parejas ha tenido relaciones sexuales? Las opciones de respuesta son dicotómicas (Si y No) y numéricas en donde de acuerdo con la respuesta, se asigna un punto según los criterios establecidos por los autores que van de 0 a 7. Puntuaciones mayores indican que el joven se ha involucrado en mayores conductas de riesgo sexual.

Los autores del instrumento reportaron valores por reactivo para los puntos bi-seriales por arriba de .26 lo cual cataloga a los reactivos como buenos (Ingledeew & Ferguson, 2007). Para esta misma variable se utilizaron cinco ítems de la sub-escala ESE (Marín, Gómez, Coyle & Kirby, 2000), el cual mide el Límite sexual. Un ejemplo de pregunta es: ¿Dejarías que tuviera sexo contigo? Las opciones de respuesta son de tipo Likert: (1) definitivamente no, (2) probablemente no. (3) ni probable ni definitivamente, (4) probablemente sí y (5) definitivamente sí. La puntuación correspondiente para esta escala va de 5 a 20, es decir, a mayor puntaje menor es límite sexual Este instrumento tuvo una Alfa de Cronbach de .88.

Procedimiento de Recolección de Datos. Para llevar a cabo la recolección de datos de este estudio, se obtuvieron de manera previa las autorizaciones de las comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y de las autoridades académicas responsables de la institución educativa en la que se realizó el estudio se solicitó una entrevista con los directores de cada una de las escuelas participantes a fin de presentar los objetivos del estudio y la metodología que se aplicaría durante el mismo. Una semana previa a la recolección de los datos, se solicitaron al departamento de control escolar las listas de las escuelas y grupos seleccionados para el estudio (estratos) pertenecientes al turno matutino.

Después de obtener las matrículas de los estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio, se realizó la selección de los participantes de manera aleatoria sistemática hasta obtener el número proporcional correspondiente a cada estrato. En los casos de los sujetos seleccionados que decidieron no participar o que no cumplieron con los criterios de inclusión, se consideró la matrícula del estudiante más próximo en la lista

que cubría los requisitos para el estudio. Para la aplicación de las encuestas, se visitaron los distintos grupos que fueron seleccionados para participar a fin de darles a conocer la finalidad e importancia del estudio, así como los horarios acordados para la aplicación de las encuestas, de tal manera que estos no interfirieran con sus actividades escolares.

A los sujetos que decidieron participar, les fueron aplicadas las encuestas en los espacios destinados cuidando que cumplieran con las características de privacidad y confort adecuado para que fueran contestadas de la manera más clara y honesta posible.

Se les proporcionaron los formatos para su llenado en un sobre sellado y se dieron las indicaciones pertinentes para su llenado haciendo énfasis en responder de manera previa a los cuestionarios el consentimiento informado, así como de la confidencialidad y anonimato con que sería manejada la información obtenida. El llenado todos los instrumentos se completaron en un tiempo aproximado de 25 minutos. Al término del llenado de los cuestionarios, se agradeció a cada uno de los participantes por su asistencia y cooperación.

La recolección de los datos estuvo a cargo del investigador y dos personas de la institución escolar que fueron asignadas para auxiliar en el proceso y a las que se les capacitó de manera previa a fin de asegurar la efectividad del llenado los cuestionarios y asegurar la seriedad y confidencialidad del proceso. Los cuestionarios fueron identificados con un código que se asignó a cada participante y se colocaron en sobres sellados a los que solo tuvo acceso el personal que participó en el estudio. Durante la última etapa de la recolección, algunos de los grupos seleccionados no pudieron asistir en su totalidad debido a actividades de último momento requeridas por parte de algunos docentes por lo que fueron asignados por conveniencia (los grupos donde los docentes y

estudiantes estuvieron dispuestos a participar), por lo que se concluyó con una muestra total de 257. Después de la revisión exhaustiva de las encuestas respondidas, se eliminaron siete que no cumplieron con los criterios de inclusión y tenían datos perdidos. Un hallazgo importante fue la queja de algunos estudiantes debido a la “exclusión” de la que fueron objeto, pues manifestaron su interés en participar una vez que conocieron la naturaleza del estudio. Esto dio evidencia de la apertura por parte de los jóvenes para compartir su experiencia sobre su vida sexual. Por otra parte, la participación de algunos sujetos se vio inhibida por la presencia de docentes que ingresaron al espacio donde se aplicaron las encuestas. Por último, las encuestas se resguardaron de acuerdo a los criterios de seguridad y ética. Las mismas permanecerán en resguardo por un periodo máximo de seis meses. Los resultados recabados, fueron capturados en la base de datos del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Consideraciones Éticas. Se realizó en estricto apego a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 1987) que establece que la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos (Artículo 3 Fracción I). Para la realización del estudio, se aplicaron los siguientes artículos: Artículo 14, Fracciones V, VII y VIII, el estudio se efectuó una vez que se obtuvo la autorización de los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Solo formaron parte del estudio aquellos sujetos que otorgaron su consentimiento por escrito una vez que recibieron información clara y suficiente sobre el estudio y su participación en el mismo, así como su derecho de aceptar

o rechazar su intervención (Artículo 20, 21, Fracción I, II, III IV, VI, VII, VIII y Artículo 22, Fracción I, II, III y IV).

Estrategia de Análisis de Datos. El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21. Las variables demográficas fueron analizadas mediante la estadística descriptiva para obtener las frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central. A través de la prueba de Kolmogorov- Smirnov y corrección de Lilliefors, se determinó la normalidad de las variables y la confiabilidad de los instrumentos se midió mediante el Alfa de Cronbach.

Para dar respuesta al objetivo general que indica establecer la asociación que existe entre el MP y la CS en jóvenes, se respondió mediante el Coeficiente de Correlación de Spearman, ya que no hubo una distribución normal en las variables. Para cumplir con el objetivo uno y dos que plantean, describir el MP percibido e identificar la CS de los jóvenes, se utilizaron frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central. Mediante la prueba H de Kruskal-Wallis se dio respuesta al objetivo tres que consiste en establecer si existen diferencias entre los niveles de MP (bajo, medio, alto) y la CS del joven. Finalmente, para probar la hipótesis que propone que existe mayor MP en las jóvenes que en los jóvenes, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney a fin de establecer la diferencia en los rangos de los dos grupos.

Resultados

En el presente capítulo se presentan los resultados del MP percibido en los jóvenes y la relación que este guarda con la CS en una población juvenil de 18 a 24 años de edad. Primeramente, se describen las características de los participantes, la consistencia interna de los instrumentos, la prueba de normalidad, la estadística descriptiva de las variables de estudio y la estadística inferencial.

Características de los Participantes. Estuvo conformada por 250 jóvenes de entre 18 y 24 años de edad. De estos, 119 fueron del sexo masculino (47.6%) y 131 (52.4%) del sexo femenino. El promedio de edad de los participantes fue de 20.57 ($DE= 1.59$). El grupo de edad de mayor y menor proporción respectivamente fueron jóvenes de 21 años (24.8%) y 24 años (1.2%). Con respecto a las 15 escuelas que participaron, el estrato mayormente representado fue el de Químicos Farmacéuticos Biólogos con 42 sujetos (16.8%) y una mínima de 3 sujetos (1.2%), por parte de la escuela de Diseño Gráfico. De la población total encuestada, el 62.4% reportó vivir con ambos padres, el 22.0% con la madre, el 9.2% con algún tutor y sólo el 6.4% reportó vivir con el padre.

Consistencia Interna de los Instrumentos. A continuación, se presenta el análisis estadístico con el que se evaluó la consistencia interna de los instrumentos.

En la tabla 1, se muestran los coeficientes Alfa de Cronbach para la Escala de Monitoreo Parental y la Escala de Límite Sexual, las cuáles presentaron coeficientes de confiabilidad aceptables (Burns & Grove, 2012).

Tabla 1

Instrumentos	No. Reactivos	Alfa de Cronbach
Escala de Monitoreo Parental	6	.82
Escala de Límite Sexual	4	.88

Nota: n=250

Prueba de Normalidad. Previo al análisis de los datos se exploró si las variables de estudio presentaban distribución normal por medio de la prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors. Los resultados mostraron que las escalas no tuvieron una distribución normal. MP ($D^a = .098, p < .001$), Límite Sexual ($D^a = .114, p < .001$) y Experiencia Sexual ($D^a = .169, p < .001$).

Estadística Descriptiva. Para dar respuesta al objetivo uno, que consistió en describir el MP percibido por los jóvenes, la tabla 2 muestra que el 62% de los encuestados mencionaron que sus padres se interesan en preguntar sobre dónde van cuando salen de casa, así como conocer su paradero cuando salen de noche (39.2%). Es importante notar que los ítems que mayor porcentaje obtuvieron fueron aquellos que tienen que ver con el informe que los jóvenes dan a sus padres acerca de su paradero, mientras que el más bajo, se refiere a lo que platican los jóvenes con sus padres acerca de los planes que tienen con sus amigos (22.8%)

Tabla 2 *Estadística descriptiva de Monitoreo Parental*

Ítems	N		RV		AV		F		MF	
	<i>f</i>	%								
1. Mis padres saben dónde estoy después que salgo de la escuela.	11	4.4	22	8.8	60	24.0	77	30.8	80	32.0
2. Si voy a llegar tarde a casa, se espera que llame a mis padres.	18	17.2	41	16.4	46	18.4	78	31.2	672	26.8
3. Antes de salir le digo a mi(s) padre(s) con quién voy a estar.	11	4.4	22	8.8	62	24.8	60	24.0	95	38.0
4. Cuando salgo en la noche, mi(s) padre(s) sabe(n) dónde estoy.	11	4.4	23	9.2	58	23.2	60	24.0	98	39.2
5. Platico con mi(s) padre(s) sobre los planes que tengo con mis amigos.	18	7.2	48	19.2	76	30.4	51	20.4	57	22.8
6. Cuando salgo, mi(s) padre(s) me pregunta(n) a dónde voy.	4	1.6	11	4.4	21	8.4	57	22.8	155	62.0

Nota: N= Nunca; RV= rara vez; AV= algunas veces; F= frecuentemente; MF= muy frecuentemente.; *f*= frecuencias; %= porcentaje

Para el objetivo dos, que fue identificar la CS de los jóvenes, la tabla 3 muestra un puntaje menor para Límite Sexual con una media de 2.75 (*DE* = 1.204). En el caso de experiencia sexual, la media obtenida fue de 3.91 (*DE* = 1.93), lo que hace evidente que

los participantes manifestaron un alto nivel de límite sexual y un alto involucramiento en conductas sexuales de riesgo.

Tabla 3 *Conducta Sexual*

<i>Variable</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Conducta Sexual					
Promedio de Límite Sexual	2.75	1.204	1	5	.114 .001
Promedio Experiencia Sexual	3.91	1.938	0	7	.169 .001

Nota: = Media; DE = desviación estándar; *Min* = mínima; *Max* = máxima;

D_a = Kolmogorov-Smirnov; *p* = significancia

Estadística Inferencial. Para responder al objetivo tres que fue: Establecer si existen diferencias entre los niveles de MP (bajo, medio, alto) y la CS del joven, la tabla 4, muestra una diferencia significativa entre estas dos variables, donde los rangos obtenidos variaron principalmente entre el nivel alto y bajo tanto para límite como para experiencia sexual.

Tabla 4. *Diferencia de rangos de Monitoreo Parental y Conducta Sexual*

<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>Rango Promedio</i>	<i>H</i>	<i>P</i>
Límite Sexual				
Monitoreo Parental Bajo	91	146.60		
Monitoreo Parental Medio	93	126.71	20.49	.001
Monitoreo Parental Alto	66	94.70	15.36	.0001
<i>Nota:</i> <i>n</i> = 250; <i>H</i> = Prueba H de Kruskal Wallis; <i>p</i> = significancia				
Monitoreo Parental Bajo	91	143.01		
Monitoreo Parental Medio	93	128.17		
Monitoreo Parental Alto	66	97.61		

La tabla 5 responde al objetivo general que fue establecer la asociación que existe entre el MP y la CS en jóvenes. Los resultados mostraron una relación significativa entre las variables, en donde a mayor Monitoreo Parental percibido, existe mayor límite sexual ejercido y menor CS de riesgo.

Tabla 5 *Coefficiente de Correlación de Spearman*

VARIABLES	1	2	3
Monitoreo Parenteral	1		
Conducta Sexual			
Limite Sexual	-.276(**)	1	
Experiencia Sexual	-.288(**)	.447(**)	1

Nota: * $p < .05$. ** $p < .01$; $n = 250$

Prueba de Hipótesis. Respecto a la hipótesis que refiere que existe mayor MP en las jóvenes que en los jóvenes, la tabla 6 muestra que las jóvenes perciben mayor MP que los jóvenes ($U = 5809$, $p < .001$).

Tabla 6 *Diferencia de los rangos de Monitoreo Parental por genero*

Variable	Sexo	n	\bar{x}	Mdn	Rango Promedio	U	p
Monitoreo Parenteral	Mujer	131	3.93	4.16	140.66	5809	.001
	Hombre	119	3.61	3.66	108.82		

Nota: $n = 250$; = media; Mdn = mediana; U = U de Mann Whiney; p = significancia

Hallazgos Adicionales. En la tabla 7 se observa que no existen diferencias significativas en el nivel de MP y con quién vive el joven ($H = 5.763$, $p = .124$). Ambos padres presentaron el nivel más alto ($Mdn = 129.95$), seguidos de madre ($Mdn = 126.69$), el padre quien tuvo un nivel inferior ($Mdn = 127.07$) y con el nivel más bajo el tutor ($Mdn = 91.37$).

Tabla 7. Nivel de Monitoreo Parenteral y con quien vive el joven

VARIABLES	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>Rango promedio</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Monitoreo Parenteral					
Ambos padres	156	4.00	129.95	5.763	.124
Madre	55	3.83	126.69		
Padre	16	3.91	127.06		
Tutor	23	3.00	91.37		

Nota: $n = 250$; $Mdn =$ mediana; $H =$ Prueba H de Kruskal Wallis; $p =$ significancia

Discusión

El propósito del presente estudio fue determinar la asociación que existe entre el MP y la CS en los jóvenes en una muestra de 250 estudiantes de nivel universitario entre 18 y 24 años de edad. Para este estudio, se utilizó como base el MPS de Nola J. Pender. A continuación, se discuten los resultados obtenidos para el objetivo general, los objetivos específicos y hallazgos adicionales. Posteriormente se presentan las conclusiones y recomendaciones que se consideraron pertinentes.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se encontró que el mayor porcentaje de la población refirió un nivel de MP percibido de medio a bajo, mientras que el resto refirió un nivel alto. Estas proporciones estuvieron relacionadas con el interés que manifiestan los padres por saber: a dónde van sus hijos cuando salen de casa y dónde se encuentran cuando salen de noche. Estos datos coinciden con lo reportado por Biddlecom y Bankole (2009), quienes refieren que el nivel de MP percibido por los jóvenes puede cambiar de medio a bajo a medida que aumenta la edad y se adquiere independencia por parte de los jóvenes. Morales-Campos, Markaham, Fleshler y Fernández. (2012), hacen referencia sobre este mismo aspecto añadiendo el hecho de que el MP tiende a tener niveles más altos en la población hispana.

Esta situación quizá se deba a la diferencia existente tanto en la cultura como en la edad de los grupos de población en los que se ha estudiado esta variable. A pesar de ello, el MP sigue siendo una práctica que tiene efectos protectores variados en la conducta de los adolescentes y que se prolonga en el tiempo hasta la etapa juvenil. En la población mexicana, es posible que tenga que ver con las características de la estructura familiar donde esta constituye un elemento integrador y protector, especialmente para los hijos

que comúnmente permanecen en el hogar hasta formar sus propias familias o aún después de ello. Un aspecto notable, es el hecho de que la minoría de los participantes reportó platicar con sus padres acerca de los planes que tienen con sus amigos. Esto pudiera ser debido a que, en la etapa de la juventud, los amigos sustituyen en un alto grado la función de consejeros y confidentes que los padres desempeñan en la niñez y en la adolescencia.

En cuanto a la CS manifestada por los jóvenes, esta fue evaluada por medio del límite que estos establecen en sus prácticas pre-sexuales y las características de su vida sexual activa. El puntaje obtenido para el límite sexual demostró que los jóvenes manifiestan un alto nivel de límite sexual, así como un alto nivel para la experiencia sexual, datos que concuerdan con lo planteado por autores como Uribe, Zacarías y Cañas. (2011); Teva, Bermúdez y Buela- Casal (2009), quienes refieren C S como el inicio de vida sexual activa a temprana edad, sexo sin protección y múltiples parejas sexuales. Estos resultados pueden estar relacionados con el grado de independencia que los jóvenes adquieren con la edad y que les permite establecer límites en cuanto las prácticas sexuales que deciden establecer, así como la relación e influencia que tienen por parte de sus pares con quienes pasan la mayor parte del tiempo e influyen en el inicio de las relaciones sexuales.

Respecto a la diferencia existente entre los niveles de MP y la CS, se encontraron diferencias significativas entre los niveles. Esto coincide con lo reportado por Kincaid, Jones, Sterret y McKee (2012), quienes encontraron que los mayores niveles de MP se asocian con prácticas sexuales más seguras. Por su parte, Mlunde et al. (2012), reportaron que los estudiantes que dijeron ser sexualmente activos tuvieron bajos niveles de MP y casi alrededor de la mitad de ese mismo grupo, no usaron condón en la última relación sexual. A pesar de que los estudios referidos se llevaron a cabo en países donde la cultura y educación parental difiere de la población mexicana, es evidente que los niveles de MP

determinan la CS del joven tanto en su capacidad de ejercer límites en sus prácticas sexuales, como en el tipo de experiencia sexual asumida.

Por otro lado, la asociación entre MP y CS también demostró ser significativa. Haciendo referencia a estos datos reportados, Ahmadi et al. (2013), concluyeron que existe una relación positiva entre el MP y la CS. Un aspecto desatacado por estos mismos autores es el hecho de que la eficacia del MP en relación con la CS, está mediada por la relación que tienen los adolescentes con sus compañeros. De acuerdo con el MPS, Pender refiere que las fuentes principales de influencias interpersonales en las conductas promotoras de la salud son la familia y los compañeros.

De acuerdo a lo anterior, las influencias interpersonales, en este caso el MP, pueden incluirse como parte de las normas y el apoyo social que modelan la CS de los jóvenes. Se ha demostrado que estos procesos interpersonales afectan la predisposición de los individuos para realizar las conductas promotoras de la salud. Esto puede ser de manera directa o indirecta a través de las presiones sociales o los estímulos recibidos para comprometerse con un plan de acción. La conducta promotora de salud se refiere a la CS de los jóvenes, resultado de la acción dirigida al bienestar óptimo que da como resultado una experiencia de salud positiva durante la vida y de la cual, la familia y los compañeros, son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de la salud.

Finalmente, con relación a la hipótesis que plantea que existe mayor MP en las jóvenes que en los jóvenes, se encontró una diferencia significativa entre los dos grupos. Con respecto a esto, estudios como los realizados por Biddlecom y Bankole (2009), reportaron que los hombres informaron un nivel de MP moderado, mientras que las mujeres

reportaron un nivel alto. En general, la población femenina manifestó mayores niveles de MP debido en parte a que existen mayores sanciones sociales para las mujeres que quedan embarazadas o se ven involucradas en actividades sexuales. En el caso de la población estudiada, esto puede deberse precisamente a las características culturales.

Existentes en la región sur del país donde la supervisión de las hijas se prolonga hasta la edad juvenil y las posibilidades de embarazo fuera del matrimonio siguen considerando socialmente inaceptables.

Aunque el presente estudio no tenía como objetivo relacionar el nivel del MP y con quién viven los jóvenes, se indagó y se encontró que no existe diferencia significativa. El MP con mayor nivel se presentó en los jóvenes que viven con ambos padres, seguidos de aquellos que viven con la madre, el padre y por último el tutor. En este último, la mediana reportada no fue muy diferente de la reportada en el caso de aquellos que viven solo con la madre, esto puede estar relacionado con el hecho de que un número importante de los sujetos encuestados viven con tutores representados por familiares tales como abuelos, tíos o hermanos, debido a que deben desplazarse fuera de sus entidades de origen para realizar sus estudios universitarios.

Estos datos difieren con lo reportado en investigaciones como la de Mlunde et al. (2012), quienes encontraron que los adolescentes que vivían con ambos padres biológicos reportaban mayores niveles de MP sin embargo, deben tenerse en cuenta las características particulares de las poblaciones abordadas por estos autores como en la presente investigación. Por otra parte, es relevante que los resultados obtenidos en relación con la CS evidenciaron un alto nivel de límite sexual pero también un alto nivel en experiencia sexual. Esto puede estar relacionado con la edad de los sujetos que fueron

estudiados que, a diferencia de la población adolescente, tienen una mayor capacidad para establecer límites en el tipo de CS que practican pero que en la mayoría de los casos, ya han iniciado su vida sexual activa.

Conclusión

El nivel de MP percibido por los jóvenes fue de medio a bajo. Se encontró que la mayoría de los sujetos estudiados se encuentran involucrados en CS de riesgo, pero al mismo tiempo, manifiestan una mayor capacidad para establecer límites en cuanto a las prácticas sexuales en las que se ven involucrados. En cuanto a los niveles de MP y la CS, estas manifestaron una diferencia significativa. Así mismo, se pudo observar que el MP en las jóvenes es mayor que en los jóvenes. En cuanto a la aplicación del MPS de Pender, este ha demostrado su efectividad como influencia positiva en la conducta promotora de salud tomando en cuenta que una de las fuentes principales de influencia interpersonal en las conductas promotoras de la salud es la familia que puede ser un estímulo positivo para comprometerse con un plan de acción que se traduzca en un estado de bienestar óptimo durante toda la vida.

Referencis

- Acosta, S., Ibañez, E., Alfonso, A., Cifuentes, L., Gamboa, S., Mojica, C., Vargas, V., & Patiño, E. (2010). Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual reproductiva de una población universitaria. *Publicación Científica en Ciencias Biomédicas*, 8(13), 1-12.
- Ahmadi, K., Khodadadi, J., Aminimanesh, S., Mollazamani, A., & Khanzada, M. (2013). The Role of Parental Monitoring and Affiliation with Deviant Peers in Adolescent Sexual Risk Taking: Toward an Interactional Model. *High*

- Risk Behaviors and Addiction*, 2(1), 22-7. doi: 10.5812/ijhrba. 8554. Antón, F., & Espada, J. (2009). Consumo de Sustancias y Conductas Sexuales de Riesgo ra la Transmisión del VIH en una Muestra de Estudiantes Universitarios. *Anales de Psicología*, 25(2), 344-350.
- Biddlecom, A., Awusabo-Asare, K., & Bankole, A. (2009). Role of Parents in Adolescent Sexual Activity and Contraceptive Use in Four African Countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(2), 72-81.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2012). *Investigación en enfermería*. Madrid, España: Elsevier.
- Chávez, M., & Álvarez, J. (2012). Aspectos Psicosociales Asociados al Comportamiento Sexual en Jóvenes. *Psicología y Salud*, 22(1), 89-98.
- Di Clemente, R., Wingood, G., Harrington, K., Lang, D., Davies, S., Hook III, E..., & Robillard, A. (2004). Efficacy of an HIV Prevention Intervention for African American Adolescent Girls. *The Journal of the American Medical Association*, 292(2), 171-179.
- Espada-Sánchez, J.P., Quiles-Sebastián, M.J., & Méndez-Carrillo, J.M. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del Sida en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-15. Instituto Nacional de Salud Pública (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] 2011-2012. Recuperado febrero 2013 de: http://www.oportunidades.gob.mx:8010/es/wersd53465sdg1/docs/2012/ensanut_2

- Kincaid, C., Jones, D., Sterrett, E., & McKee, L. (2012). A review of parenting and adolescent sexual behavior: The moderating role of gender. *Clin Psychol Rev.*, 32(3), 177-188. doi: 10.1016/j.cpr.2012.01.002.
- Li, X., Feigelman, S., & Stanton, B. (2000). Perceived Parental Monitoring and Health Risk Behaviors Among Urban Low-Income African American Children and Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 27, 43-48.
- Li, X., Stanton, B., & Feigelman, S. (2000). Impact of Perceived Parental Monitoring on Adolescent Risk Behavior Over 4 Years. *Journal of Adolescent Health*, 27, 49-56.
- Longomore, M., Eng, A., Giordano, P., & Manning, W.D. (2010). Parenting and Adolescents Sexual Initiation. *Journal Marriage Family*, 71(4), 969-982.
- Mlunde, L., Poudel, K., Sunguya, B., Mbwambo, J., Yasuoka, J., Otsuka, K., Ubuguyu, O., & Jimba, M. (2012). A call for parental monitoring to improve condom use among secondary school students in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Public Health*, 12,1061.
- Morales-Campo, D., Markham, Ch., Fleschler, M., & Fernandez, M. (2012). Sexual Initiation, Parent Practices, and Acculturation in Hispanic Seventh Graders. *Journal of School Health*, 82(2), 75-81.
- Organización de las Naciones Unidas contra el Sida [ONUSIDA] (2013). *Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del sida 2013*. Recuperado mayo 2013 de: http://unaids.org/globalreport/Global_report_es.htm.

Pulido, A., Ávalos, C., Fernández, J., García, L., Hernández, L., & Ruíz, A. (2013).

Conducta sexual de riesgo en tres universidades privadas de la Ciudad de México

Revista Psicología y Salud, 23(1), 25-32. Pulido, A., Carazo, A., Orta, G., Coronel,

M., & Vera, F. (2011). Conducta sexual de riesgo en los estudiantes de licenciatura

de la Universidad Intercontinental. *Revista Intercontinental de Psicología y*

Educación, 13(1), 11-27.

Teva, I., Bermúdez, M., & Buela-Casal, G. (2009). Variables Sociodemográficas y

Conductas de Riesgo en la Infección por el VIH y las Enfermedades de

Transmisión Sexual en Adolescentes. España, 2007. *Revista Española de Salud*

Pública, 83, 309-320.

Uribe, J., Zacarías, X., & Cañas, J. (2011). La conducta sexual de adolescentes: estudio

comparativo de dos ciudades de la República Mexicana.

LACANDONIA, 5(2), 135-1440.

Valle-Solís, M., Benavides-Torres, R., Álvarez.Aguirre, A., & Peña-Esquivel, J. (2011).

Conducta sexual de riesgo para VIH/SIDA en jóvenes universitarios. *Revista de*

Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 19(3), 133-136.

CAPÍTULO 3

EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO Y EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH/SIDA EN MUJERES

Dora Julia Onofre Rodríguez

Amelia Hernández de la Cruz

Raquel Alicia Benavides Torres

Introducción

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) y la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), se encuentran entre los más graves problemas de salud pública en todo el mundo. Actualmente a nivel mundial, uno de cada diez adultos de entre 15 y 49 años se encuentran infectados por VIH, y más de la mitad corresponden a mujeres; existen 34 millones de casos infectados con VIH, de los cuáles 2,7 millones de casos se encuentran confirmados de VIH/Sida y el número de muertes corresponde a 2,6 millones (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], 2012).

En América Latina, la situación del VIH sigue siendo crítica, con aproximadamente 2,3 millones de personas viviendo con el virus. En 2023, se

reportaron alrededor de 120,000 nuevas infecciones. Este crecimiento en las nuevas infecciones ha sido notable en ciertos grupos de alto riesgo. La epidemia no solo afecta a estos grupos, sino que también está experimentando un incremento preocupante en la prevalencia entre las mujeres (ONUSIDA, 2024).

En México, en el periodo 1983-2012, se registraron un total de 160, 864 casos acumulados de VIH distribuidos en los estados de la República, estos divididos según género corresponden a 132, 020 hombres y 28, 844 mujeres infectados por VIH. Por otra parte, en el 86.6% de los casos registrados de Sida en mujeres fueron por transmisión heterosexual (Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA [CENSIDA], 2012). Por otro lado en Tabasco existen aproximadamente 2 646 casos de Sida en hombres y 654 mujeres, las cuales corresponden al 2.1% del total de proporción de casos existentes en México (CENSIDA, 2012).

En algunos países de Centroamérica y México los esfuerzos por contrarrestar la epidemia se han enfocado a la prevención de la transmisión del VIH/Sida mediante la promoción de políticas para el uso de sangre y la focalización de campañas de educación sexual que promueven el uso del condón en poblaciones específicas, como son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores sexuales (TS) y adolescentes. Sin embargo, en el grupo de mujeres (amas de casa, casadas o con una relación estable), el uso del condón no ha sido promovido como una medida de prevención segura (Tapia, et al., 2008). El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (por sus siglas en inglés, UNAIDS) ha desarrollado la “Estrategia 2011-2015” “Cero nuevas infecciones, Cero discriminaciones, Cero muertes relacionadas con el Sida” (UNAIDS, 2010), la cual propone como uno de

los objetivos principales abordar las necesidades relacionadas con el VIH de mujeres y niñas en las diferentes poblaciones (ONUSIDA, 2011).

La amenaza que representa el Sida en las mujeres varía de acuerdo con diversos factores como son los biológicos, sociales y culturales todos ellos asociados a la vulnerabilidad de género de la mujer. Entre las razones biológicas las mujeres tienen mayores probabilidades de adquirir una infección de transmisión sexual, ya que durante las relaciones sexuales la vagina funge como un receptor del semen, fluido corporal que contiene mayor carga viral. Además, la mucosa vaginal es más propensa a microtraumatismos debido a infecciones asintomáticas no tratadas o disminución de las secreciones vaginales, lo cual constituye un factor de riesgo importante (Chávez, Desmaison, & Gutiérrez, 2009; Gayet, Magis, Sacknoff, & Guli, 2008).

Respecto a algunas razones socioculturales, las mujeres del tercer mundo, tienen menor acceso a la educación por lo que poseen una concepción limitada de la sexualidad, asociado a que se encuentran en situaciones de dependencia económica, subordinación y pobreza que facilitan las relaciones de desigualdad con su pareja, haciéndolas dependientes de los hombres que les dificultan acceder a la información y velar por su salud física y emocional (Chávez et al., 2009; Gayet et al., 2008; Herrera, & Campero, 2002).

La literatura en ciencias psicosociales y del comportamiento relacionado con la salud hace hincapié en la percepción de estar en riesgo de infección por el VIH/Sida como una de las condiciones necesarias para que se adopte una conducta preventiva. Otros autores mencionan que la reducción de la propagación del VIH/Sida se podría

lograr cuando las personas adquieren conocimientos y crean la actitud deseada, lo que finalmente conduce a la modificación o comportamiento de búsqueda de la salud. Es decir, conocer los factores de riesgo que llevan a la adquisición del VIH/Sida, permite Intervenirlos de forma oportuna para evitar la enfermedad (Uribe, Valderrama, Sanabria, Orcasita, & Vergara, 2009; Villegas et al., 2011).

Retomando la importancia de la prevención en el control del VIH/Sida, el empleo del Modelo de Creencias en Salud (MCS) de Rosenstock, Stretcher, & Becker (1994) aplicado en la prevención del Sida, propone que para lograr un cambio en el comportamiento del individuo (adopción de medidas preventivas) se necesitan, por lo menos tres elementos: 1) la creencia o percepción de la importancia de un problema; 2) la percepción de vulnerabilidad ante dicho problema; y 3) la percepción de que tomar una medida para prevenirlo generará beneficios mayores que los inconvenientes derivados del esfuerzo para aplicarlos (Cabrera, Tascón, & Lucumí, 2001; Moreno, & Roales-Nieto, 2003; Soto, Lacoste, Papenfuss, & Gutiérrez, 1997).

En Tabasco como en otras partes del mundo, el VIH/Sida representan un problema de salud, especialmente en mujeres quienes representan un grupo social altamente vulnerable. Sin embargo, hasta el momento se desconoce el conocimiento y la percepción de riesgo para la infección del VIH que poseen las mujeres, debido a que existen pocos estudios relacionados a nivel nacional en este grupo de estudio. Uno de los propósitos de enfermería es promover la salud y bienestar en la población, por ello resulta relevante estudiar este grupo vulnerable. El conocimiento de las creencias de la salud de las mujeres para la prevención del VIH/Sida, servirá

de base para investigaciones futuras y el desarrollo de intervenciones preventivas con mujeres, abonando a los esfuerzos de construir una sociedad más saludable.

Por lo anterior, el objetivo principal de la presente investigación fue determinar la relación que existe entre la percepción de riesgo y el conocimiento acerca del VIH/Sida que tienen las mujeres residentes del municipio del Centro en Tabasco, México.

Objetivo General

Establecer la relación que existe entre la percepción de riesgo y el conocimiento acerca del VIH/Sida en mujeres residentes del municipio de Centro, Tabasco, México.

Objetivos Específicos

1. Describir el conocimiento que tienen las mujeres acerca del VIH/Sida.
2. Describir la percepción de riesgo que tienen las mujeres para infección de VIH/Sida.

Metodología

Se describe el diseño del estudio, la población, muestra y muestreo, criterios de inclusión y exclusión, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de información, consideraciones éticas para la realización del estudio y estrategia de análisis de datos.

Diseño del Estudio. El diseño fue descriptivo correlacional (Polit & Hungler, 1999; Burns & Grove, 2012). Se consideró descriptivo ya que identificó la

percepción de riesgo y el conocimiento que tienen las mujeres acerca del VIH/Sida. Correlacional porque estableció la relación que existe entre la percepción de riesgo y el conocimiento acerca del VIH/Sida en mujeres.

Población, Muestra y Muestreo. La población de interés estuvo conformada por 1 237 mujeres mayores de 18 años, residentes del Municipio de Centro, Tabasco, que pertenecían a un Centro de Salud Urbano de primer nivel de atención. La selección de las participantes se efectuó mediante muestreo sistemático aleatorio del promedio de consultas diarias, eligiendo al azar un número entre 1 y K; de ahí en adelante se tomó uno de cada K (1 de cada 10) a intervalos regulares. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el programa estadístico nQuery Advisor 4.0, considerando para el análisis principal el ajuste de un modelo de correlación para pruebas bilaterales, considerando un *OR* de 2.5, una proporción de .09 en la covariable, con un coeficiente de determinación de 0.05 y una potencia del 90%, resultando un tamaño de muestra de 215 participantes.

Criterios de Inclusión. Mujeres mayores de 18 años, sexualmente activas, que asistan a la consulta de un centro de salud y que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de Exclusión. Mujer que al momento de la encuesta vivan con VIH/Sida, la cual se valorará a través de una pregunta filtro durante el reclutamiento de las participantes del estudio.

Instrumentos de Medición. Para la descripción de los datos de las participantes, se utilizó la cédula de identificación (Apéndice A), que incluía datos como: edad, ocupación, escolaridad, estado civil y si ha sido diagnosticada con VIH/Sida.

La percepción de riesgo para infección de VIH/Sida se midió a través de la Escala de Percepción Riesgo de VIH desarrollada por Lauby, Bond, Eroglu, & Batson, (2006), el idioma original de este instrumento es el inglés, por lo que se sometió al proceso de back translation (Burns & Grove, 2012); consta de cuatro preguntas, un ejemplo de pregunta es: Probabilidad de infectarme con VIH en mi vida, con respuestas en escala tipo Likert: 1= Muy Improbable, 2= Improbable, 3=Poco probable, 4=Probable, 5= Muy probable, la puntuación final se obtuvo mediante el promedio total del instrumento con un puntaje mínimo de 4 y un máximo de 20, donde una puntuación entre 4 y 12 refleja baja percepción de riesgo hacia el VIH; y una puntuación entre 13 y 20 alta percepción de riesgo hacia el VIH. El instrumento cuenta con un coeficiente de confiabilidad aceptable, Alpha de Cronbach de .88

Conocimiento acerca de VIH/Sida, se midió a través de la Escala de Conocimientos sobre el Embarazo, el Sida y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), desarrollada por (Jemmott, Jemmott, & Fong, 1992), específicamente el apartado de VIH/Sida, el cual consta de diez preguntas, con tres opciones de respuesta de falso, verdadero y no sabe; donde un ejemplo de enunciado es “El virus de Sida está presente en la sangre”. A cada respuesta contestada correctamente se le asigna 1 y a la incorrecta o que no sabe, se le asigna 0; siendo los reactivos cinco y seis aseveraciones falsas. A mayores aseveraciones correctas, mayor conocimiento. El instrumento cuenta con un coeficiente de confiabilidad aceptable, Kuder-Richardson (KR20) de .71

Procedimiento de Recolección de Información. Previo al inicio del levantamiento de datos, se obtuvo la autorización de las comisiones del Comité de

Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y del director del Centro de Salud seleccionado. Una vez obtenidos los permisos pertinentes de cada institución, se procedió a seleccionar a las participantes de acuerdo con los criterios establecidos y por muestreo sistemático 1 en 10, con un inicio aleatorio de uno, hasta completar el tamaño de la muestra. Para realizar la selección de las participantes se dispuso de los listados de solicitud de consulta utilizadas en el área de recepción del Centro de Salud los cuales sirvieron para identificar y se seleccionaron a las participantes de forma aleatoria en 12 núcleos básicos, 6 en el turno matutino y 6 en el turno vespertino, obteniendo un total de 12 participantes diariamente. Para la aplicación de la encuesta se explicó el objetivo del estudio y se invitó a participar a cada una de las mujeres seleccionadas. Si la mujer aceptaba su participación, se le proporcionaba el consentimiento informado por escrito para dar a conocer el objetivo del estudio.

Una vez firmado el consentimiento informado, se le solicitaba a la participante que posterior a su consulta nos acompañara a un módulo privado que nos proporcionó la institución para proceder a la aplicación de los instrumentos: Cédula de identificación, Escala de Percepción de Riesgo de VIH, Escala de Conocimientos sobre Embarazo, el Sida y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Los cuáles fueron llenados a lápiz y una vez contestados, se verificó que la participante hubiera llenado en su totalidad la encuesta, posteriormente se colocaban en un sobre manila, garantizando la confiabilidad, privacidad y anonimato en todo momento. Se agradeció a cada una de las participantes su tiempo y colaboración en el estudio. Al finalizar el llenado de la encuesta, se asignó un código de participación. El tiempo de aplicación del instrumento osciló entre 15 y 20 minutos.

Consideraciones Éticas. El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 1987), el cual establece los lineamientos y principios generales a los que toda investigación científica debe someterse. Considerando el Título Primero, Artículo 3, relativo a las disposiciones generales en materia de investigación y el Título Segundo de Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, se enfatizó en los siguientes artículos: En base a lo establecido en el Artículo 13, Capítulo I, se mantuvo el respeto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar de la mujer al llamarla dignamente por su nombre y no forzar su participación.

De acuerdo con el Artículo 14, Fracciones I, V, VI, VII y VIII, el presente estudio contó con el consentimiento informado y por escrito de la mujer; y fue desarrollado por un profesional de la salud, estudiante de la Maestría en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la UANL. Además, se contó con el dictamen de la Comisión de Investigación y Ética de la mencionada institución, además se contó con la autorización del director de la institución de salud seleccionada.

En cumplimiento al Artículo 16, se protegió la privacidad de las participantes. Se garantizó el anonimato. Conforme al Artículo 17, el riesgo se consideró como mínimo, ya que solo se les pidió a las participantes responder algunas preguntas con la intención de conocer la percepción de riesgo y los conocimientos que tienen acerca del VIH/Sida, el cual se considera un tema sensible en la población.

De acuerdo con el Artículo 18, no se incluyó a la mujer dentro del proyecto cuando manifestó su deseo de no participar. En cumplimiento al Artículo 21,

Fracciones I, II, VI, VII y VIII, se brindó a la mujer una explicación clara y completa de los objetivos del estudio y los beneficios que podrían obtenerse a futuro, garantizándole la confidencialidad de la información y la libertad de retirarse del estudio cuando así lo decidiera. El consentimiento informado se formuló por escrito, solicitando la firma de dos testigos, el cual fue previamente aprobado por la Comisión de Ética de la UANL tal como lo estipula el Artículo 22, Fracciones II y IV.

Estrategia de Análisis de Datos. Los datos fueron analizados a través del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20. Se obtuvieron estadísticos descriptivos de la cédula de identificación. Se determinó la confiabilidad interna de los instrumentos mediante el Coeficiente de Alpha de Cronbach y KR20; se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors para determinar la normalidad de las variables del estudio. Para dar respuesta al objetivo uno que establece describir el conocimiento que tienen las mujeres acerca del VIH/Sida se utilizaron frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central. Para cumplir con el objetivo dos, que fue describir la percepción de riesgo para infección de VIH/Sida, se utilizaron frecuencias y proporciones. El objetivo general que indica establecer la relación que existe entre la percepción de riesgo y el conocimiento acerca del VIH/Sida en mujeres residentes del municipio de Centro, Tabasco, se respondió mediante el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Resultados

Se presentan los resultados, realizado con el propósito de identificar la relación que existe entre la percepción de riesgo y el conocimiento acerca del VIH/Sida que tienen las mujeres. Se muestran las características de las participantes, consistencia interna y validez de los instrumentos, prueba de normalidad, estadística descriptiva, estadística inferencial y hallazgos adicionales.

Características de los Participantes. La muestra fue de 215 mujeres de un Centro de Salud Urbano del Municipio del Centro, Tabasco. La edad promedio fue de 31 años ($DE = 9.80$). El nivel de escolaridad presentó la media de 10 años ($DE = 3.28$), (ver tabla 1). Mientras que el estado civil de las participantes fue de, 44.7% es casadas, 34% viven en unión libre, 13.5% son solteras y el 7.9% son separadas, viudas o divorciadas. Con relación a la ocupación el 74.9% son amas de casa, 15.4% trabajan y el 9.8% son estudiantes (ver tabla 2).

Tabla 1. *Características sociodemográficas por edad y escolaridad en años*

Características	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Edad	30.88	9.80	19	67
Escolaridad	10.56	3.28	1	19

Nota: n=215, M=Media, DE=Desviación estándar, Min=Mínimo, Max=Máximo

Tabla 2. *Características sociodemográficas por estado civil y ocupación*

Características	<i>f</i>	<i>%</i>
Estado civil		
Casada	96	44.7
Unión libre	73	34.0
Otros	17	7.9
Ocupación		
Labores del hogar	161	74.9
Estudiante	21	9.8
Empleada	27	12.6
Profesionista	5	2.3
Comerciante	1	0.5

Nota: n=215, f= Frecuencia, %= Porcentaje

Consistencia Interna y Validez de los Instrumentos. Para el análisis estadístico se evaluó la consistencia interna de los instrumentos utilizados en el estudio. En la tabla 3, se muestra el nivel de confiabilidad obtenido a través del Alfa de Cronbach para la Escala de Percepción de Riesgo de VIH y KR20 para la Escala de Conocimientos sobre el

Embarazo, el Sida y las Infecciones de Transmisión Sexual, las cuales muestran una confiabilidad aceptable (Burns & Grove, 2012).

Tabla 3. *Consistencia Interna de los instrumentos de medicina*

Instrumento	No. de Reactivos	Alpha de Cronbach	KR20
Escala de Percepción de Riesgo del VIH (EPR)	4	.79	
Escala de Conocimiento sobre el Embarazo, el Sida y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)	10		.62

Nota: $n = 215$

Prueba de Normalidad. Previo al análisis de datos se exploró la distribución de datos para las variables del estudio por medio de la prueba de Kolmogorov Smirnov con Corrección de Lilliefors. Los resultados muestran que no se presentó una distribución normal en la Escala de Percepción de Riesgo de VIH ($D^a = .113, p < .001$) y para la Escala de Conocimientos sobre el Embarazo, el Sida y las Infecciones de Transmisión Sexual ($D^a = .146, p < .001$).

Estadística Descriptiva. Para dar cumplimiento al objetivo uno, que consiste en describir el conocimiento que tienen las mujeres acerca del VIH/Sida, se encontró que las mujeres obtuvieron un conocimiento regular con una $M = 6.41$ ($DE = 1.81$).

En la tabla 4, se describen los conocimientos acerca del VIH/Sida de las mujeres participantes de acuerdo con el porcentaje de respuestas correctas, observándose que los porcentajes más bajos se encuentran en las preguntas 3, 4 y 10, con 43.3%, 57.7% y 14.9 % respectivamente, las cuales están relacionadas con las formas de transmisión medidas de prevención del VIH/Sida.

Tabla 4 Conocimientos acerca del VIH/Sida por porcentaje de respuesta correcta

Pregunta	<i>f</i>	%
1. Si tienes SIDA, es más probable que le den otras Enfermedades.	153	71.2
2. Una persona puede tener el virus del SIDA y puede transmitírselo a otras personas, aunque no parezca enfermo.	164	76.2
3. Una forma en que muchas mujeres contraen SIDA, es por tener relaciones sexuales con un hombre que se inyecta drogas.	93	43.3
4. Se puede contagiarse de SIDA si se comparte un lavamanos, ducha (regadera), o baño con alguien que tiene SIDA.	124	57.7
5. Tener relaciones sexuales anales (por el ano) con un hombre aumenta la posibilidad de contraer SIDA.	191	88.8
6. Usar vaselina como lubricante cuando se tiene relaciones	187	87.0
7. El Virus de SIDA está presente en el semen	141	65.6
8. El Virus del SIDA está presente en la sangre	188	87.4
9. El Virus del SIDA está presente en el flujo vaginal	126	58.6

10. El dispositivo (DIU) que las mujeres usan como método anticonceptivo funcionan mejor que el condón en el hombre para prevenir el SIDA 32 14.9

Nota: n=215, f= Frecuencia, %= Porcentaje

En relación con el objetivo dos, el cual busca describir la percepción de riesgo que tienen las mujeres para infección de VIH/Sida se obtienen los siguientes resultados. En la tabla 5, se muestra que el 92.6% de las mujeres se percibe en bajo riesgo y el 7.4% en alto riesgo de VIH.

Tabla 5. Percepción de riesgo para infección de VIH

Variable	f	%
Percepción de riesgo		
Bajo	199	92.6
Alto	16	7.4

Nota: n=215, f= Frecuencia, %= Porcentaje

En la tabla 6, se describen los porcentajes de respuesta obtenidos en cada uno de los ítems que contiene la escala de percepción de riesgo de VIH, donde se puede apreciar que el 2.3% de las mujeres consideran como muy probable que actualmente se encuentren infectadas con VIH y el 3.3% consideran que es muy probable que su pareja sexual contraerá el VIH.

Tabla 6. *Percepción de riesgo para infección de VIH por porcentaje de respuesta*

Variable	MI		I		PP		P		MP	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Que tan probable es que actualmente esté infectado con el VIH.	79	36.7	97	45.1	33	15.3	1	.5	5	2.3
2. Probabilidad de infectarme con el VIH en mi vida.	58	27.0	87	40.5	54	25.1	14	6.5	2	0.9
3. Probabilidad de que haya hecho cosas para aumentar el riesgo de contraer VIH.	64	29.8	104	48.4	39	18.1	5	2.3	3	1.4
4. Probabilidad de que mi pareja sexual contraerá el VIH.	67	31.2	80	37.2	44	20.5	17	7.9	7	3.3

Nota: $n=215$, f = Frecuencia, %= Porcentaje, MI= Muy improbable, I= Improbable, PP= Poco probable, P= Probable, MP= Muy probable

Estadística Inferencial. Para dar respuesta al objetivo general, el cual busca establecer la relación que existe entre la percepción de riesgo y el conocimiento hacia el VIH/Sida en mujeres, se realizó el análisis de los datos mediante el Coeficiente de Correlación de Spearman. Los resultados muestran que no existe correlación significativa entre las variables de interés ($r=.041$, $p=.545$).

Hallazgos Adicionales. Durante el análisis de correlación de los datos como hallazgos adicionales, se pudo observar que no se encontraron relaciones significativas de las variables percepción de riesgo y conocimientos acerca del VIH/Sida con las variables sociodemográficas.

Discusión

La infección por VIH/Sida se ha incrementado a nivel mundial en el grupo de mujeres (ONUSIDA, 2012), por lo que el conocimiento acerca del VIH/Sida y la percepción de riesgo han sido variables importantes para comprender el comportamiento de la enfermedad en las poblaciones de alto riesgo. A continuación, se discuten los resultados obtenidos del objetivo general y de los específicos. Así mismo se presentan las conclusiones y recomendaciones.

El propósito del presente estudio fue determinar la relación que existe entre percepción de riesgo y el conocimiento acerca del VIH/Sida en una muestra de 215 mujeres mayores de 19 años, utilizando como base algunos conceptos del MCS (Rosenstock et al., 1994). A pesar de los avances en el conocimiento del VIH/Sida a nivel mundial y de la difusión masiva de información en los medios de comunicación, en este estudio se encontró que más de la mitad de las mujeres encuestadas tienen conocimientos regulares acerca del VIH/Sida, lo que concuerda con lo reportado en estudios realizados en Colombia, Yucatán, México y Nicaragua (Collazos et al., 2012; Pavia et al., 2012; Ugarte et al., 2013). Es importante señalar que estos estudios fueron realizados en mujeres latinoamericanas, lo que pudiera explicar los resultados encontrados. Sin embargo, existen estudios que reportan un

porcentaje mayor de mujeres que poseen un nivel medio o suficiente de conocimientos de VIH (Vera et al., 2007; Villegas et al., 2012). Esto puede deberse a que la población estudiada posee un nivel educativo más bajo comparadas con las de estos estudios.

En relación con las preguntas que exploran conocimientos de VIH, se encontró que el mayor porcentaje de respuestas incorrectas obtenidas, corresponden a preguntas relacionadas con los mecanismos de transmisión y medidas de transmisión de VIH/Sida, situación que es similar a lo reportado por Pavia et al. (2012). Esto puede deberse a que las mujeres no sienten la necesidad de obtener conocimientos debido a que tienen una relación monógama y no se perciben en riesgo. Otros factores pudieran ser las influencias sociales y culturales como son educación limitada, dependencia económica y subordinación, por lo que no hacen uso de los servicios de orientación sexual. Es importante enfatizar que algunos estudios han demostrado que las mujeres con alto nivel educativo y con conocimientos suficientes de VIH/Sida tienen mayor percepción de riesgo para la infección, comparadas con las mujeres que tienen niveles educativos bajos y conocimientos insuficientes.

Con relación a la percepción de riesgo de VIH un porcentaje muy elevado de las mujeres de este estudio se perciben en bajo riesgo, este comportamiento coincide con lo reportado por otros investigadores, Fernández (2012); Ndola (2005); Ochako et al. (2013); Pavia et al. (2012) y Ramos et al. (2009), donde más de la mitad de las mujeres estudiadas se consideraron en riesgo bajo o nulo. Esto puede deberse a que las características de las de las participantes son similares a las encontradas en este

estudio en cuanto a edad, escolaridad y estado civil. Otros factores que pudieran explicar los resultados pueden ser, que las respuestas estén influenciadas por lo que socialmente es aceptable, que la mujer considera que tener una relación monógama o tener una relación sexual estable no la expone al riesgo de infectarse.

Sin embargo, los resultados de nuestro análisis muestran que a pesar de que la mayor parte de las participantes se consideran en riesgo bajo, algunas mujeres creen que existe la probabilidad de que actualmente se encuentren infectadas con VIH, la probabilidad de infectarse con VIH en algún momento de su vida y la probabilidad de que su pareja sexual pueda contraer el VIH; lo cual puede compararse con otros estudios, donde se encontró que las mujeres consideran un riesgo alto de VIH cuando aceptan que su pareja tiene otra compañera sexual, a pesar de percibirse con riesgo bajo (Fernández, 2012; Pavia et al., 2012). Situación que debe considerarse importante debido a que la epidemia del Sida en México y en el mundo está incrementando en el grupo de mujeres según datos de ONUSIDA (2012) y CENSIDA (2012).

En este estudio no se encontró relación significativa entre las variables percepción de riesgo y conocimiento acerca del VIH/Sida, lo que coincide con lo reportado por Fernández (2012), situación que puede deberse a que otros factores estén influyendo en las variables de estudio; como puede ser, que las respuestas estén influenciadas por lo que socialmente es aceptado sobre todo en los temas de sexualidad y el no considerarse en riesgo por tener una relación monógama en la mayoría de los casos.

Sin embargo, esto se contrapone a otros estudios muestran que el conocimiento está relacionado con el riesgo de adquirir VIH (Ochako et al., 2011; Ugarte et al., 2013).

En cuanto a la utilidad del MCS, este predice que las personas con baja susceptibilidad percibida pueden negar que estén en riesgo de contraer una enfermedad en particular, lo cual es congruente con los resultados obtenidos ya que las mujeres de nuestro estudio tienen baja percepción de riesgo de VIH y por lo tanto no se sienten amenazadas a contraerlo; situación que es preocupante, debido a que, al no percibir el riesgo, no considerarán la posibilidad de realizar alguna acción preventiva. Una posible explicación a lo anterior, podría ser el hecho de que las mujeres pudieran atribuir el contagio del VIH a una imagen homosexual, o considerarla como una enfermedad propia de las personas que consumen drogas, mujeres con múltiples parejas sexuales o con conductas inmorales, por lo que este tipo de estereotipos no coinciden con la autopercepción de riesgo; por lo tanto, éstas se consideran invulnerables al contagio de VIH/Sida. Por lo anterior es probable que la mujer no decida ejecutar una acción preventiva para disminuir el riesgo de VIH/Sida, debido a que para que ésta se perciba en riesgo deberá también creer que la enfermedad tiene una severidad moreda en su vida (tener contacto con la enfermedad o alguna experiencia previa), es decir que se sienta amenazada.

Por otra parte, la escala utilizada para medir la percepción de riesgo de VIH, no se ha utilizado en población de mujeres mexicanas, sin embargo, de acuerdo con los resultados referentes a la validez y confiabilidad del instrumento, se considera que es de utilidad aplicarla en otras en poblaciones mexicanas. Aunque no se consideró

como objetivo establecer la relación de las variables percepción de riesgo y conocimiento de VIH/Sida con los datos sociodemográficos como: edad, escolaridad, estado civil y ocupación, no se encontraron relación significativa entre las variables antes mencionadas.

Referencias

Burns, N., & Grove, S. (2012). *Diseño de Investigación*. (5ª. Ed.). Investigación en Enfermería. (260-333), Elsevier España

Cabrera, G., Tascón, J., & Lucumí, D. (2001). Creencias en Salud: historias, constructos y aportes al modelo, *Revista Facultad. Nacional de Salud Pública*, 19, 91-101.

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. (CENSIDA, 2012).

Recuperado el 01 de enero del 2012, de

http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/Informe%20Narrativo%202012_Mexico20120625.pdf

Collazos, M., Echeverry, N., Molina, A., Canaval, G., & Valencia, C. (2005). Riesgo de VIH/SIDA en la mujer: no es cuestión de estrato socioeconómico. *Colombia Médica*: 36(3), 50-57.

Chávez, S., Desmaison, M., & Gutiérrez, R. (2009). El VIH/SIDA y su incidencia en la vida de las mujeres. *Biblioteca Nacional de Perú*. Primera ed. Lima Perú.

Recuperado el 15 de junio del 2013, de <http://www.manuela.org.pe/wp-content/uploads/2009/05/54076385-El-VIH-Sida-y-su-incidencia-en-la-vida-de-las-Mujeres.pdf>

- Fernández, M. (2012). Relación entre el conocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH y la percepción de riesgo de infección en Guayaquil, Ecuador. *Revista Chilena de Salud Pública*, 2, 107-114.
- Gallet, C. Maguis, C. Sacknoff, D., & Guli, L. (2008). Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/Sida en México. Serie Ángulos del SIDA, México: CENSIDA, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México (9, pp. 46-49). Recuperado de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2008.pdf
- Herrera, C., & Campero, L. (2002). The vulnerability and invisibility of women facing HIV/AIDS: constant and changing issues. *Salud Pública México*; 6 (44), 554-564.
- Jemmott, J., Jemmott, L., & Fong, G. (1992). Reductions in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescents: Effects of an AIDS prevention intervention. *American Journal of Public Health* 3(82), 372-377.
- Lauby, J., Bond, L., Eroglu, D., & Batson, H. (2006). Decisional Balance, Perceived Risk and HIV Testing Practices. *AIDS and Behavior*, doi: 10.1007/s10461-005-9029-7.
- Moreno, S., & Rosales-Nieto, Gil. (2003). El Modelo de Creencias en Salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 91-109.

Ndola, B., Morris, L., Mazive, E., Vahidnia, F., & Stehr, M. (2006). Relationship between HIV risk perception and condom use: Evidence from a population-based survey in Mozambique. *International Family Planning Perspectives* 4(32), 192-200.

Ochako, R., Ulwodi, D., Njagi, P., Kimetu, S., & Onyango, A. (2011). Trends and determinants of Comprehensive HIV and AIDS knowledge among urban young women in Kenya. *AIDS Research and Therapy* 11(8), 1-8. doi: 10.1186/1742-6405-8-11

Pavía-Ruz, N., Góngora-Biachi, R., Vera-Gamboa, L., Moguel-Rodríguez, W., & González-Martínez, P. (2012). Conocimiento, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán México. *Rev Biomed*, 2 (23), 53-60.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (ONUSIDA, 2012).

Informe mundial: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA

2012. Recuperado el 24 de junio del 2013, de

[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_es.pdf)

[012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_es.pdf)

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (ONUSIDA, 2011). Diez

objetivos: Declaración política de la Asamblea General de las Naciones Unidas

sobre el VIH/SIDA de 2011: Objetivos y compromisos de erradicación.

Recuperado el 08 de junio del 2013, de

[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublicati
on/2011/JC2262_UNAIDS-ten-targets_sp.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublicati
on/2011/JC2262_UNAIDS-ten-targets_sp.pdf)

Ramos, W., Munive, L., Calderón, M., Velazco, S., & Velazco, M. (2009).

Características sociodemográficas y fuentes de información en relación con la percepción del riesgo de transmisión del VIH y SIDA de mujeres peruanas en edad fértil. Período 2004-2006. *Revista Peruana de Epidemiología*. 13(3), 1-7.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

(2012). Recuperado el 05 de junio del 2013, de

[http://www.cibiogem.gob.mx/Norm_leyes/Documents/normatividad
SSA/071006RLSMIS.pdf](http://www.cibiogem.gob.mx/Norm_leyes/Documents/normatividad
SSA/071006RLSMIS.pdf)

Rosenstock, I., Stretcher, V., & Becker, M. (1994). The health belief model and HIV

risk behavior. In Diclemente, R., & Peterson, J. (Ed), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp5-22). Plenum Press, New York.

Soto, M., Lacoste, M., Papenfuss, R., & Gutiérrez, A. (1997). El Modelo de Creencias en

Salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 33-341. doi.org/10.1590/S1135-57271997000400002.

Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de

investigación para la salud. México, D. F. Recuperado el 28 de agosto del 2006, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.htm>

- Tapia, V. E., Arillo, B., Allen, A., Ángeles, Cruz, A., & Lazacano, E. (2008). Associations among condom use, sexual behavior, and knowledge about HIV/AIDS. *Archives of Medical Research*, 3, 334-343.
- Teva, I., Bermúdez, M.P., Ramiro, M.T., & Buena-Casa, G. (2012). Current epidemiological situation of HIV/AIDS in Latin America. Analysis of differences among countries. *Revista Médica de Chile*, 140(1), 50-58.
doi:10.4067/S003498872012000100007
- Ugarte, W., Högberg, U., Valladares, E., & Essén, B. (2013). Assessing knowledge, attitudes, and behaviors related to HIV and AIDS in Nicaragua: A community-level perspective. *Sexual & Reproductive Healthcare* 1(4), 37-44. doi:
10.1016/j.srhc.2012.11.001
- Uribe, A. F., Valderrama, L., Sanabria, A. M., Orcasita, L., & Vergara, T. (2009). *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 29-44.
- Vera, G., Góngora, B., Pavia, R., Flota, L., Lara, P., & Alonso, S. L. (2007). Prácticas sexuales y conocimientos sobre el sida en usuarias de planificación familiar en Mérida, Yucatán, México. *SIDA STUDI, ONG* 13(1), 19-27.
- Villegas, R., Ferrer, L., Cianelli, A., Miner, S., Lara, C. L., & Peragallo, N. (2011). Conocimientos y autoeficacia asociados a la prevención del VIH y SIDA en mujeres chilenas. *Investigación y Educación en Enfermería*, 29(2), 222-229.

CAPÍTULO 4

CAPACIDAD DE LAS MUJERES PARA NEGOCIAR RELACIONES SEXUALES

*Dora Julia Onofre Rodríguez
Esperanza Alicia Ruiz Jiménez
Raquel Alicia Benavides Torres*

Introducción

La infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), son en la actualidad uno de los problemas de salud pública más importantes en todo el mundo y continúa afectando a millones de personas a pesar de la promoción de medidas preventivas. En los últimos años, el perfil epidemiológico de la infección por VIH ha cambiado: ha dejado de ser una enfermedad de grupos vulnerables (hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales, usuarios de drogas) ya que actualmente es la que más impacta a la población de mujeres en edad fértil, lo que le confiere una mayor trascendencia demográfica y social (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA [CENSIDA], 2024).

Según el Informe de la Organización de las Naciones Unidas (ONUSIDA) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, en el 2008, se estima que había en el mundo 33 millones de personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) a finales del 2007, de éstas 15.5 millones son mujeres que vivían con el VIH, lo que representó un aumento de más de un millón en comparación con el 2001. Las relaciones sexuales representan la principal vía de transmisión con un 94% del total de los casos registrados, las niñas y las jóvenes entre 15 y 24 años constituyen más del 60% de las personas infectadas por el VIH (ONUSIDA, 2008). Hasta el presente año en México se han acumulado 157,529 mil casos de Sida, de éstos 28,163 corresponde a las mujeres, de las cuales el 33.8% fallecieron por esta causa, las cuales estaban casadas o con pareja (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2012). De acuerdo con cifras oficiales de la Coordinación Estatal del VIH, en Chiapas de los casos diagnosticados con la enfermedad corresponden a hombres. Existen 17 mil 785 casos acumulados; notificados desde 1983 hasta el 2023. De ese total, corresponde a hombres (13 mil 064 casos) y de a mujeres (4 mil 721) (CENSIDA, 2024). Por otra parte, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), señala que el 22% de los casos registrados de VIH en México son mujeres.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (por sus siglas en inglés, UNAIDS) ha desarrollado la “Estrategia 2011-2015” con Visión Getting to Zero “Cero nuevas infecciones, Cero discriminaciones, Cero muertes relacionadas con el Sida” (UNAIDS, 2010, p. 7), la cual propone como uno de los principales objetivos, abordar las necesidades relacionadas con el VIH de mujeres y niñas en al menos, la mitad de las respuestas nacionales al VIH (ONUSIDA, 2011), el problema

del VIH/Sida es una fuerte amenaza social que se incrementa cada vez más dejando al descubierto la vulnerabilidad de la condición humana.

Las mujeres en general presentan mayor vulnerabilidad que los hombres, debido a sus condiciones de desigualdad biológica y sociocultural (Herrera & Campero, 2002), biológicas puesto que tienen mayores probabilidades de infección de transmisión sexual que el hombre. Socioculturales porque en sociedades como la nuestra, el género y la sexualidad están fuertemente vinculadas y la desigualdad de género en las relaciones maritales, especialmente en la toma de decisiones sexuales, aumenta la vulnerabilidad a la transmisión de infecciones de transmisión sexual como el VIH.

Una de las formas más efectivas de prevenir este tipo de contagio es mediante la práctica de sexo más seguro (Seal & Ehrhardt, 2008). Estas prácticas incluyen el uso del condón y la práctica de la masturbación mutua. La masturbación mutua es una práctica descrita en las investigaciones sobre sexo más seguro como complementaria, o alterna a otras prácticas sexuales, generalmente, a la penetración sin condón (Pérez, Santiago, & Serrano, 2009). Ante esta dificultad se ha planteado la deseabilidad de fomentar la negociación de estas prácticas definiendo este proceso como una comunicación que ocurre entre los integrantes de una pareja durante el encuentro sexual para facilitar el uso de prácticas más seguras.

Sin embargo, para negociar sexo más seguro es necesario creer que se tiene la capacidad o la eficacia para hacerlo (AIDS, 2012; Magis, Bravo, Gayet, Rivera & De Luca, 2008). Negociar comportamientos de bajo riesgo requiere el desarrollo y la utilización de destrezas. Las destrezas sociales incluyen: el manejo de las

relaciones interpersonales, y el reconocimiento de destrezas de automanejo del comportamiento. Entre las primeras, se han mencionado las destrezas de asertividad y comunicación sexual. El fortalecimiento de estas destrezas facilita que las mujeres desarrollen respuestas eficaces para resistir la coerción de la pareja para practicar comportamientos de alto riesgo. Poseerlas promueve, además, un aumento en la comodidad sexual para rechazar comportamientos de alto riesgo; conversar con la pareja sobre comportamientos seguros, finalmente, fortalecen su autoeficacia; además señala que las mujeres con pocas destrezas de asertividad tienden a practicar comportamientos de alto riesgo (Di Clemente, Santelli, Crosby, & Miley, 2009).

En los últimos años se ha hecho patente la reemergencia del interés internacional y nacional en el papel de las mujeres en la epidemia mundial del VIH. Diversos artículos han recalcado la importancia de concentrar el trabajo de prevención en esta población de un modo más sensible y eficaz (Kaneko, 2010). En México, existe escasa información documentada que relacione las variables autoeficacia con las variables sociodemográficas; una vez identificadas podrán ser utilizadas como una base para el personal de salud (enfermería), interesado en este subgrupo de población afectado, para proporcionar información de referencia y como apoyo para realizar intervenciones sobre prevención, y seguir investigando en esta población.

Además, estos hallazgos pueden contribuir a enfocar y encaminar el trabajo preventivo con mujeres, abonando a los esfuerzos de construir una sociedad más saludable. Partiendo del supuesto de que la negociación sexual se lleva a cabo en una relación de poder entre la pareja (hombres y mujeres), donde el hombre controla más recursos, se requiere que las mujeres se perciban capaces de negociar prácticas sexuales con protección. El propósito de este estudio fue establecer la relación que

existe entre la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales y las variables sociodemográficas en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Objetivo General. Establecer la relación que existe entre la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales y la edad, escolaridad en años, estado civil, número de parejas y tiempo de la relación actual.

Objetivos Específicos

1.-Identificar la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales no penetrativas.

2.-Identificar la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales penetrativas.

Metodología

Se presenta el diseño de la población, muestra y muestreo, criterios de inclusión, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de información, consideraciones éticas y estrategia de análisis de datos.

Diseño del Estudio. El diseño fue descriptivo correlacional (Burns & Grove, 2012). Descriptivo porque se describe la variable autoeficacia de negociación sexual en mujeres. Correlacional, ya que estableció la relación entre la autoeficacia de negociación sexual y las variables sociodemográficas.

Población, Muestra y Muestreo. La población de interés estuvo conformada por mujeres mayores de 18 años, con vida sexual activa, que acudieron a la consulta en un Centro de Salud de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. El tamaño de la muestra fue de 235 mujeres, con un límite de error de estimación de .09, mediante el programa nQuery Advisor a una potencia de 90%, con una significancia de .05. El muestreo fue probabilístico de tipo sistemático 1 en 3, con un índice aleatorio.

Criterios de Inclusión. Mujeres mayores de 18 años de edad, con vida sexual activa.

Instrumentos de Medición. Para la descripción de los datos de los participantes, se utilizó la Cédula de Datos Sociodemográficos la cual incluye edad, escolaridad en años, estado civil, número de parejas y tiempo de la relación actual. Para conocer la Autoeficacia de negociación, se utilizó la Escala de Autoeficacia (EAE) (Noboa-Ortega, 2006). La estructura de la EAE consta de 14 reactivos, los cuales se dividen en dos subescalas: 1) Percepción de Autoeficacia para prácticas sexuales no penetrativas con 7 ítems y 2) Percepción de Autoeficacia para Prácticas sexuales

penetrativas con 7. Ítems, ambas, con opción de respuesta tipo Likert: desde 1 = definitivamente puedo, 2 = creo que puedo, 3 = creo que no puedo, 4 = definitivamente no puedo, con un rango de puntaje que va de 4 como mínimo y 56 valor máximo.

Procedimiento de Recolección de Información. Para realizar el presente estudio, se contó con la aprobación de las Comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Posteriormente se solicitó por escrito la autorización de las autoridades de la Jurisdicción Sanitaria, donde se realizó el estudio. Una vez obtenida la autorización, se indagó sobre los horarios que maneja el centro de salud para otorgar la consulta, tiempos de espera y si cuenta con espacios disponibles.

Obtenidos los permisos pertinente, se seleccionó a las participantes de acuerdo a los criterios establecidos y a través del muestreo sistemático (1 = 3), con un inicio aleatorio, hasta completar el tamaño de la muestra, posterior a la selección e identificación de las participantes, se les explico de manera clara y sencilla los objetivos del estudio, al mismo tiempo se les proporcionó el consentimiento informado se dejó en claro que si no desea participar, no habrá ningún inconveniente, se procedió a la aplicación de los instrumentos: Cédula de Datos Sociodemográficos y la Escala de Autoeficacia. Se explicó a los participantes la forma de contestar cada instrumento y se les solicitó de manera atenta que no dejaran ninguna pregunta sin contestar, una vez contestados se verificó que el participante haya llenado en su totalidad la encuesta y posteriormente se colocó en un sobre manila, garantizando la confiabilidad, privacidad y anonimato en todo momento. Se agradeció a cada una de las participantes su tiempo y colaboración en el estudio. Al finalizar se agradeció a

las autoridades del centro de salud su apoyo y colaboración en la contribución al desarrollo de la investigación.

Consideraciones Éticas. El estudio se apegó a las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 1987). En la cual se estableció el desarrollo de investigación en relación a la salud, se consideraron aspectos éticos que garantizaron la dignidad y el bienestar de los participantes en la investigación. Con base en lo anterior, se consideró lo estipulado en el Título Segundo, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, Artículo 13, corresponde que en cualquier investigación en la que un ser humano participe, debe prevalecer el criterio de respeto a la dignidad, protección de los derechos y el bienestar. Para llevar a cabo el cumplimiento del artículo mencionado se mantuvo el anonimato de la información proporcionada por los participantes, al no identificar con su nombre ninguno de los instrumentos, además las mujeres fueron tratadas con cortesía y profesionalidad. El Artículo 16 establece la protección de la privacidad del participante, al inicio de la aplicación se presentó un acercamiento directo con las mujeres, con la finalidad de poder abordarlas, en todo momento se cuidó la privacidad de las mujeres para realizar la aplicación de los instrumentos. Los cuestionarios se resguardaron en un lugar seguro asignado por el investigador durante un período de 12 meses y al término del lapso, serán destruidos, y los resultados encontrados en el estudio se presentarán solo de forma general, nunca de manera individual.

Estrategia de Análisis de Datos. Los datos fueron analizados a través del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21. Se aplicó la estadística descriptiva para el análisis de las variables demográficas, se

obtuvieron las frecuencias y proporciones. Se determinó la confiabilidad de los instrumentos mediante el coeficiente Alpha de Cronbach y se utilizó la prueba de Komogorow Smirnov para determinar la normalidad de las variables continuas y numéricas.

Para el objetivo general, el cual se refiere a establecer la relación que existe entre la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales y la edad, escolaridad en años, estado civil, número de parejas y tiempo de la relación actual, se respondió mediante el Coeficiente de Correlación de Sperman.

Para cumplir con el objetivo uno que es determinar la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales no penetrativas y para el objetivo dos, que fue determinar la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales penetrativas, se utilizaron frecuencias y porcentajes.

Resultados

En el presente capítulo se muestran las características de los participantes, consistencia interna de los instrumentos, prueba de normalidad, posteriormente la estadística descriptiva de las variables y estadística inferencial.

Características de los Participantes. La muestra fue de 235 mujeres de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Tabla 1. *Características de los participantes*

Variable	<i>f</i>	%
Edad		
15-20	21	8.9
21-30	93	39.6
31-40	72	30.6
41-50	37	15.7
51 a mas	12	5.1
Escolaridad		
Primaria	40	17.0
Secundaria	55	23.4
Preparatoria	79	33.6
Profesional	61	26.0
Estado Civil		
Soltera	22	9.4
Casada	156	66.4
Unión libre	57	24.3

Nota: f = Frecuencia % = Porcentaje¹⁷

Consistencia Interna de los Instrumentos. Previo al análisis estadístico se evaluó la consistencia interna de los Instrumentos. En la tabla 2, se muestran los Coeficientes Alpha de Cronbach para la Escala de autoeficacia y sus dos subescalas: Autoeficacia para prácticas sexuales no penetrativas y Autoeficacia para prácticas sexuales penetrativas.

Tabla 2. *Consistencia interna de los instrumentos*

Instrumento	No. Reactivos	Alpha de Cronbah
Escala de Autoeficacia	14	.88
Autoeficacia para prácticas sexuales no penetrativas	7	.84
Autoeficacia para prácticas sexuales penetrativas	7	.88

Nota: $n=235$

Prueba de Normalidad. Se exploró la distribución de las variables del estudio por medio de la prueba de Kolmogorov Smirov con Corrección de Lilliefors. Los resultados de dicha prueba muestran que no se presentó una distribución normal en las Escalas de Autoeficacia para prácticas sexuales no penetrativas ($D_a = .100, p < .001$) y para la Escala de Autoeficacia para prácticas sexuales penetrativas ($D_a = .119, p < .001$).

Estadística Descriptiva. Para dar respuesta al objetivo uno, el cual fue determinar la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales no penetrativas, se reportó

que el 52.8% de las mujeres pueden negarse a mamarle el pene sin condón masculino y 12.8% definitivamente no pueden (ver tabla 3).

Tabla 3 *Estadística descriptiva de la Autoeficacia para las prácticas sexuales no penetrativas*

Ítems		<i>DP</i>		<i>CP</i>		<i>CNP</i>		<i>DNP</i>
1.- ¿Yo no puedo negarme a mamarle el pene sin condón masculino?	124	52.8	61	26.0	20	8.5	30	12.8
2.- ¿Yo puedo negarme a mamarle el pene sin condón a pesar de que a él le gusta?	88	37.4	93	39.6	32	13.6	22	9.4
3.- ¿Yo puedo sugerirle a mi pareja que practiquemos conductas nuevas a pesar de que él insista en la penetración?	95	40.4	89	37.9	29	12.3	22	9.4

(Continuación...)

Ítems	<i>DP</i>		<i>CP</i>		<i>CNP</i>		<i>DNP</i>	
4.-¿Yo puedo sugerirle a mi pareja que nos masturbemos en vez penetrarme, aunque me de vergüenza?	85	36.2	84	35.7	35	14.9	31	13.2
5.- ¿Yo puedo hablar con mi pareja sobre masturbarnos juntos aunque me dé miedo su reacción?	68	28.0	75	31.9	56	23.8	36	15.3
6.- ¿Yo puedo proponerle a mi pareja mamarle el pene con condón masculino, aunque rechace mi petición?	75	31.9	72	30.6	48	20.4	40	17.0
7.- ¿Yo puedo afirmarle que le va a gustar utilizar juguetes sexuales a pesar de que me dé vergüenza?	71	30.2	64	27.2	56	24.3	43	18.3

Nota: *DP*=Definitivamente puedo; *CP*=Creo que puedo; *CNP*=Creo que no puedo; *DNP*= Definitivamente no puedo; f=Frecuencia; % = Porcentaje

Para cumplir con el objetivo dos que es determinar la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales penetrativas, el 43.8% de las mujeres

contestaron, que definitivamente pueden negarse a la penetración anal si su pareja no usa condón y el 14% reporta que definitivamente no pueden (ver tabla 4).

Tabla 4. *Estadística descriptiva de la Autoeficacia para las prácticas sexuales penetrativas*

Ítems	DP		CP		CNP		DNP	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
1.- ¿Yo no puedo negarme a la penetración anal sin condón masculino, aunque él insista?	102	43.4	60	25.5	32	13.6	41	17.4
2.- ¿Yo puedo Negarme rotundamente a la penetración anal si él no usa condón masculino?	103	43.8	60	25.5	39	16.6	33	14.0
3.- ¿Yo puedo oponerme a tener penetración anal sin condón masculino, aunque él me pida muestra de mi amor?	99	42.1	69	29.4	35	14.9	32	14.0

(Continuación)

Ítems	<i>DP</i>		<i>CP</i>		<i>CNP</i>		<i>DNP</i>	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
4.- ¿Yo puedo explicarle a mi pareja los riesgos de la penetración anal sin condón masculino, aunque él no me crea?	96	40.9	62	26.4	53	22.6	24	10.2
5.- ¿Yo negarme a la penetración vaginal sin condón masculino?	86	36.6	72	30.6	40	17.0	37	15.7
6.- ¿Yo puedo aclararle a mi pareja porqué los hombres insisten en la penetración aunque él se moleste?	82	34.9	66	28.1	46	19.6	41	17.4
7.- ¿Yo puedo negarme a la penetración vaginal sin condón masculino a pesar de mis fuertes deseos sexuales?	73	31.1	60	25.5	50	21.3	52	22.1

Nota: *DP*=Definitivamente puedo; *CP*=Creo que puedo; *CNP*=Creo que no puedo;

DNP= Definitivamente no puedo; *f*=Frecuencia; % = Porcentaje

Estadística Inferencial. En la tabla 5, se da respuesta al objetivo general el cual se refiere a establecer la relación que existe entre la Autoeficacia de la negociación de prácticas sexuales y las variables sociodemográficas; edad, escolaridad en años, estado civil, número de parejas sexuales y tiempo de la relación actual. Se encontró una relación positiva y significativa entre prácticas sexuales no penetrativas con escolaridad en años ($r_s = .357, p < .001$) y una relación negativa y significativa con tiempo en la relación actual ($r_s = -.196, p < .003$) y la Autoeficacia para prácticas sexuales penetrativas obtuvo una relación positiva y significativa con escolaridad en años ($r_s = .258, p < .001$) y una relación negativa y significativa con el tiempo en la relación actual ($r_s = -.214, p < .001$).

Tabla 5. *Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables del estudio*

Variable	1	2	3	4	5	6	7
1. Número de años Cumplidos	1						
2. Escolaridad en años	-.107	1					
3. Estado civil	-.137*	-.095	1				
4. Número de parejas sexuales	-.082	.329	.098	1			
5. Tiempo de la relación actual	.756**	-.216 **	-.063	-.319**	1		
6. Autoeficacia para prácticas sexuales no penetrativas	-.106	.357**	-.072	.204**	-.196**	1	
7. Autoeficacia para prácticas sexuales penetrativas	-.145*	.258**	-.104	.013	-.214**	.504	1

Nota: $n=235$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Discusión

En función de los hallazgos encontrados referente al objetivo determinar la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales no penetrativas, una tercera parte de las encuestadas, mencionaron que sienten auto eficaces a negarse a mamarle el pene sin condón masculino, y a sugerirle a su pareja que practiquen conductas nuevas a pesar de que él insista en la penetración, esto concuerda con Noboa y Serrano (2006), quienes mencionan que las prácticas no penetrativas de alto riesgo las mujeres atribuyeron la evaluación “Definitivamente puedo” con mayor frecuencia a negarse a mamarle el pene a su pareja si no usa condón masculino. Estos resultados muestran que los procesos sexuales más difíciles les resultan negociar y que más debilita la autoeficacia son los comportamientos no penetrativos, quizá sea debido a la construcción de su sexualidad.

En cuanto al objetivo para determinar la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales penetrativas, un poco menos de la mitad de las mujeres en el presente estudio presentaron niveles altos de autoeficacia, ya que definitivamente pueden negarse a la penetración anal si su pareja no usa el condón, estos datos coinciden con Noboa y Serrano (2006), quienes reportan que las mujeres sienten mayor autoeficacia en la negociación de las relaciones de prácticas sexuales penetrativa. Lo anterior puede deberse a que la mujer conoce el contexto de su vida diaria, es decir toma sus propias decisiones de las conductas de riesgo para actuar con su pareja en su vida sexual. A partir de los resultados encontrados en ambos objetivos, se puede deducir que las mujeres se percibían capaces de negarse y explicar a su pareja acerca de los riesgos de la penetración anal. Lo anterior puede deberse a que

las mujeres se perciben ser capaces de rechazar los comportamientos penetrativos anales de alto riesgo.

En concordancia al objetivo general, que fue establecer la relación que existe entre la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales y la edad, escolaridad en años, estado civil, número de parejas y tiempo de la relación actual, se encontró en el estudio una relación significativa entre la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales con escolaridad en años. Lo anterior coincide con lo encontrado por Exavery et al. (2012), quienes mencionan que existe una relación significativa entre el negociar el uso del condón y la escolaridad (a mayor escolaridad, más autoeficaces se perciben las mujeres). De acuerdo con lo anterior, se puede decir que el nivel educativo facilita ejecutar procesos cognitivos más complejos como acceder a datos específicos. Por ejemplo, el reactivo incluido en las prácticas sexuales penetrativas “Yo puedo explicarle a mi pareja los riesgos de la penetración anal sin condón masculino, aunque él no me crea”, sugieren el comportamiento de explicar. Lo anterior requiere de la mujer un conocimiento básico de los comportamientos de riesgo y sus consecuencias. A su vez, el conocimiento pudiese ayudar a la mujer a tener interés de protegerse, ya que la firmeza puede manifestarse a través del pleno convencimiento del interés, que en este caso es protegerse del contagio del VIH/Sida. Sin embargo, con relación a la educación se debe enfatizar que estos resultados deben estar encaminados a que más allá de la experiencia educativa, lo que las mujeres necesitan son experiencias en el proceso de negociación sexual.

Con respecto a la relación entre la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales y tiempo de la relación actual, en el presente estudio se encontró una relación

significativa, lo anterior coincide con lo reportado por Noboa y Serrano (2006), quienes mencionan que, a mayor tiempo en la relación, las mujeres perciben más auto eficaces para rechazar comportamientos más riesgosos. Lo anterior puede deberse a que el tiempo y la convivencia diaria con su pareja le permite a la mujer se sienta más cómoda al expresar sus intereses y preocupaciones, y que el tener experiencias sexuales le da más confianza en sus habilidades y por consiguiente impacta su percepción de capacidad. Resulta interesante también que a pesar de que estos elementos sustentan la inferencia de que la mujer tome acción para protegerse, los datos en investigaciones señalan que las parejas estables se protegen menos que las parejas casuales, pero que también demuestran que pueden negociar prácticas de sexo seguro (Pérez, Santiago & Serrano, 2009). Lo anterior nos lleva a pensar que el imaginario con respecto al VIH en las mujeres y en los hombres, es que, el matrimonio o una relación estable los protege de esta infección.

Conclusión

Las mujeres expresaron percibirse menos auto eficaces negociando la práctica de conductas no penetrativas ya que éstas son la menos utilizadas por ellas.

Las mujeres expresaron percibirse más auto eficaces negociando la práctica de conductas penetrativas.

Se encontró relación positiva y significativa de las prácticas sexuales no penetrativas y penetrativas con escolaridad en años.

Se encontró relación negativa y significativa de las prácticas sexuales no penetrativas y penetrativas con el tiempo en la relación actual.

Referencias

- Burns, N., & Grove, S. (2012). *Investigación en Enfermería*. (3ª ed.) Madrid, España. Elsevier.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA [CENSIDA], (2024). *Informe nacional de avances en la lucha contra el Sida*, Recuperado: Enero
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA [CENSIDA], (2011). El VIH/SIDA en México.
- Di Clemente, R. J., Santelli, J.S., Crosby, R. A., & Miley, J.S. (2009). Comportamientos para entender y evitar riesgos: *Salud de los adolescentes*, disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>
- Exavery, A., Kanté, A. M., Jackson, E., Norohna, J., Sikustahili, G., Kassium, T., Mushi H.P., Baynes, C., Ramsey, K., Hingora, A., & Phillips, J. F. (2012). Papel de la negociación del condón en el uso del preservativo entre las mujeres en edad reproductiva en los tres distritos de Tanzania. *BMC Public Health*, 12, 2-
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, e Informática INEGI (2012). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Tuxtla Gutierrez Chiapas. Kaneko, N. (2010). Asociación entre el uso de condones y barreras percibidas en la autoeficacia en mujeres jóvenes en Japón. *Enfermería y Ciencias de la Salud*, 9, 284-289, doi: 10.1111/j.1442-2018.2007.00338.
- Magis, R. C., Bravo, C., Gayet, S. C., Rivera, R. P., & De Luca, M. (2008). El VIH y el sida en México; Hallazgos, tendencias y reflexiones, *Colección ángulos del sida*.

Centro Nacional para la prevención y control del SIDA (CENSIDA). Noboa, O. P., & Serrano, G.I. (2006). Autoeficacia en la Negociación: retos para la prevención de VIH/Sida en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (1), 21-43.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH /SIDA [ONUSIDA] informe sobre la epidemia mundial de sida / 2013.

Perez, J. D, Santiago, R.M., & Serrano, G.I. (2009). Comportamiento sexual y Autoeficacia para la Negociación de Sexo Más Seguro en personas Heterosexuales. *Revista Interamericana de Psicología*, 43(2), 414-424.

Seal, D. W., & Ehrhard, A. A. (2008). Sex, Intimacy, and HIV. An ethnographic study of a Puerto Rican social group in New York, *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 11, 51-92

Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. (7ª ed.). México, D. F.

CAPITULO 5

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE QUE LAS AMAS DE CASA SE REALICEN LA PRUEBA DEL VIH

Dora Julia Onofre Rodríguez

Ana Luisa Espinosa Aguilar

Raquel Alicia Benavides Torres

Introducción

La epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/Sida) es uno de los problemas de salud más graves a nivel mundial ya que a finales de 2011, 34 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo. La prevalencia de las muertes relacionadas a causa del Sida para este mismo año fue 1.7 millones, así mismo se reportaron 2.5 millones de nuevas infecciones por el VIH. Se calcula que el 0.8% de los adultos de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años son seropositivos. Cada día adquieren el VIH 15.000 personas en todo el mundo, lo que equivale a 5.4 millones de infecciones anuales. Más del 50% de las nuevas infecciones por VIH se producen en jóvenes de 10 a 24 años de edad. No obstante, la epidemia del VIH-Sida se ha

venido incrementando en los últimos años, de forma acelerada entre las mujeres (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida [CENSIDA] 2012; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA], 2012).

De las personas que vivían con el virus durante el 2007, 30.8 millones eran adultos, 15.4 millones mujeres y 2.5 millones menores de 15 años. Es decir, las mujeres han pasado a ocupar un lugar central en el tema de la propagación del VIH/Sida a nivel global. En África Subsahariana, aproximadamente el 61% de los adultos que vivían con el virus en el 2007 eran mujeres, mientras que en el Caribe el porcentaje fue del 43% (en comparación con el 37% del 2001). En Europa Oriental y Asia Central, se estima que las mujeres representan el 26% de los adultos con el VIH en el 2007, mientras que en Asia alcanzó el 29% en el mismo año (ONUSIDA, 2007).

En México, al igual que el resto de los países del mundo, el VIH/Sida se ha convertido en un problema prioritario de Salud Pública, desde la identificación de casos de Sida en nuestro país que comenzaron en los años 80's hasta el 2012 se han notificado 160,864 casos de los cuales el 82.1% son hombres y 17.9% mujeres, es decir una de cada cuatro personas que vive con VIH es mujer; además el Sida, constituye la séptima causa de muerte entre las mujeres de 25 a 34 años. Se conoce que, del total de casos de Sida reportados, el 94% corresponde a la transmisión sexual como principal vía de contagio (CENSIDA, 2012). En Tabasco se ha incrementado hasta en un 68% los casos de VIH, el estado ocupa el noveno lugar en el país en cuanto al número de personas infectadas con VIH/Sida. Existen 3,300

casos notificados desde 1983 hasta la fecha, de ese total, el 20% corresponde a mujeres, lo que representa, a decir de expertos, un incremento paulatino de tabasqueñas con la enfermedad (CENSIDA/ Secretaría de Salud [SS], 2012).

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (por sus siglas en inglés, UNAIDS) ha desarrollado la “Estrategia 2011-2015” con Visión Getting to Zero “Cero nuevas infecciones, Cero discriminaciones, Cero muertes relacionadas con el Sida”, la cual propone como uno de los principales objetivos abordar las necesidades relacionadas con el VIH de mujeres y niñas en al menos la mitad de las respuestas nacionales al VIH (UNAIDS, 2015).

Considerando lo anterior, según las recientes recomendaciones del Colegio de Obstetricia y Ginecología (ACOG) y el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de EE. UU., se sugiere que todas las mujeres de entre 19 y 64 años que visiten servicios de salud se realicen pruebas de detección del VIH de manera rutinaria, sin importar si tienen prácticas de riesgo. La principal ventaja de realizarse esta prueba es el diagnóstico temprano, lo cual es crucial para gestionar la propagación del virus. (ACOG, 2014; CDC, 2020). En Estados Unidos en el 2009, el 45% de los ciudadanos se había realizado la prueba del VIH al menos una vez en su vida. En México, de los casos estimados de personas con VIH, más de la cuarta parte son mujeres, de las cuales no tienen mayor acceso a la prueba de VIH, ya que éstas se encuentran focalizadas en poblaciones claves (hombres que tiene sexo con hombres [HSH], mujeres embarazadas, usuarios de drogas, trabajadoras sexuales), la mayoría de estas mujeres sólo se enterarán de su enfermedad cuando ellas o su pareja masculina hayan desarrollado el Sida (UNAIDS, 2008).

Entre los obstáculos que enfrentan las personas para hacerse la prueba de VIH se incluyen la dificultad para acceder a servicios de asesoría y pruebas; la desconfianza en el sistema de salud, a menudo debido a actitudes discriminatorias; la falta de información sobre el VIH, su tratamiento, los lugares donde realizarse la prueba, los costos y los servicios de apoyo disponibles. Además, existe el miedo a la enfermedad y a la muerte, así como a ser estigmatizados y discriminados en el trabajo o en su entorno social y familiar. También hay temor a tener que confrontar su propio comportamiento o el de su pareja sexual, así como dificultades para hablar sobre la prueba. (Asociación de Comunicadores Sociales Calandria, 2014).

Aunado a esto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2009), la Vigilancia Epidemiológica y diversas investigaciones declaran que existe una variedad de factores personales (edad y estado civil), sociales (la educación, vida social), económicos (pobreza), aspectos como los conocimientos y actitudes en relación al VIH/Sida, la percepción de riesgo y la búsqueda de servicios relacionados a la atención del VIH/Sida, todos determinan el estado de salud y vulnerabilidad en las mujeres (Alcarraz, Arias, Peña, Ventura, & Calle, 2008; Groce & Trasi, 2004; ONUSIDA, 2011; Ryan, Huebner, Díaz, & Sánchez, 2009).

En los últimos años se ha hecho patente la reemergencia del interés internacional y nacional en el papel de las mujeres en la epidemia mundial del VIH. En México existe escasa información documentada que estudie los factores que influyen en la decisión de realizarse la prueba del VIH entre las mujeres como prueba rutinaria, una vez identificados podrán ser utilizadas como una base para el personal de salud (enfermería), interesados en este subgrupo de población afectado, para

proporcionar información de referencia y como apoyo para realizar intervenciones sobre prevención, y seguir investigando en esta población.

De ahí se deriva la importancia de las medidas preventivas que pueden reducir la intensidad y frecuencia de la infección. Para comprender en mayor medida el cómo los individuos se involucran en medidas preventivas, (Rosenstock, 1974) desarrolló el Modelo de Creencias de Salud (MCS). Este modelo se centra en que la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad o alteración de la salud es producto de un proceso en que la persona necesita creer varias cosas. Primero, que es susceptible de sufrir dicha enfermedad; segundo, que la ocurrencia de la enfermedad pueda tener una severidad moderada en su vida y tercero, que tomar una acción factible y eficaz en particular puede ser benéfico al reducir la susceptibilidad o severidad, superando o representando mayor importancia que las barreras psicológicas de costos, conveniencia, dolor, incomodidad del examen o de la acción preventiva. Así consideramos que, previo la adopción de medidas preventivas, se esperaría que las amas de casa identifiquen un beneficio que incentive dicha adopción. En este caso la decisión de realizarse la prueba de VIH, el beneficio esperado sería la protección contra la infección.

Por lo anterior, y por el incremento que está teniendo el virus en las mujeres; el objetivo fue conocer la relación que existe entre los pros y contras percibidos por las amas de casa con la decisión de realizarse la prueba de VIH en un hospital público de Villahermosa, Tabasco.

Objetivo general. Conocer la relación que existe entre los pros y contras percibidos por las amas de casa con la decisión de realizarse la prueba de VIH.

Objetivos específicos

1. Determinar la proporción de las amas de casa que se han realizado la prueba de VIH.
2. Describir los pros percibidos por las amas de casa para decidir realizarse la prueba de VIH.
- 3.-Describir los contras percibidos por las amas de casa para decidir realizarse la prueba de VIH.
- 4.- Establecer si existe diferencia de los pros y contras percibidos entre las amas de casa que si se han hecho la prueba de VIH y de las que no se la han hecho.

Metodología

En el presente se describe el diseño; población, muestra y muestreo, criterios de eliminación, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de información, consideraciones éticas y la estrategia de análisis de los datos.

Diseño del Estudio. El diseño fue descriptivo correlacional (Polit & Hungler, 1999). Descriptivo debido que se describió la proporción de las amas de casa que se han realizado la prueba de VIH, así como los pros y contras que éstas perciben hacia la prueba de VIH. Correlacional, ya que buscó determinar la relación que existe entre los pros y contras percibidos por las mujeres amas de casa con la intención de realizarse la prueba de VIH.

Población, Muestra y Muestreo. La población de interés estuvo conformada por amas de casa mayores de 18 años que acudieron a la consulta externa de ginecología de un hospital público de Tabasco. El muestreo fue aleatorio

sistemático $K=4$ empezando por el 2 y a partir de éste se eligió todos los demás hasta completar la muestra. El tamaño de la muestra fue de 220 amas de casa el cual se calculó mediante el programa estadístico n´Query Advisor ® para una prueba de regresión lineal múltiple con 3 covariables, con una tasa de respuesta del 10%, con una potencia del 90%, un coeficiente de determinación .06 y un nivel de significancia de .05.

Criterios de Eliminación. Mujeres que se identifican como amas de casa que vivan con VIH/Sida (por medio de una pregunta filtro en la cédula de datos personales).

Instrumentos de Medición. Se utilizó una cédula de datos personales que incluyó: edad, estado civil, ocupación y si ha sido diagnosticada con VIH.

Los pros y contras percibidos hacia la prueba de VIH se midieron a través de la Escala de Medición de Pros y Contras hacia la prueba de VIH desarrollada por Lauby, Bond, Eroğlu y Batson (2006), el idioma original de este instrumento es el inglés, por lo que se sometió al proceso de back translation (Burns & Grove, 2004). El instrumento está compuesto por dos apartados; el primero es Pros, el cual está formado por 8 preguntas, las cuales están divididas en tres factores: factor 1: seguridad y responsabilidad (3 preguntas), factor 2: prevención de transmisión (4 preguntas) y factor 3: disponibilidad de medicación (1 pregunta). Un ejemplo de pregunta es: Hacerme la prueba del VIH me daría una sensación de seguridad VIH con respuestas en escala tipo Likert: 1= Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3=Indiferente, 4=De acuerdo, 5= Totalmente de acuerdo. La puntuación se obtendrá con el promedio de las puntuaciones en cada respuesta que

va de 8 a 40 en donde a mayor puntuación, mayores son los pros hacia la prueba. El segundo apartado es Contrás, el cual está formado por 9 preguntas, las cuales están divididas en tres factores: factor 1: preferiría no saber (5 preguntas), factor 2: el estigma de ser VIH positivo (3 preguntas), factor 3: el miedo (1 pregunta), un ejemplo de pregunta es: Tengo miedo de hacerme la prueba de VIH con respuestas en escala tipo Likert: 1= Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3=Indiferente, 4=De acuerdo, 5= Totalmente de acuerdo. La puntuación se obtendrá con el promedio de las puntuaciones en cada respuesta que va de 9 a 45 en donde a mayor puntuación, mayores son los contras hacia la prueba. El instrumento cuenta con un coeficiente de confiabilidad aceptable, Alpha de Cronbach de .72 para el apartado de pros y .76 para el de contras.

La decisión para realizarse la prueba de VIH se evaluó por medio de la Escala de la prueba de VIH desarrollada por King (2006). La cual valora aspectos de la prueba de VIH, consta de 3 preguntas, un ejemplo de pregunta es: ¿Usted se ha realizado la prueba de VIH? Con opción de respuesta tipo categórica, un ejemplo de respuesta es: 1.-si y 2.- no.

Procedimiento de Recolección de Información. Previo al inicio del levantamiento de datos, se obtuvo la aprobación de las Comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL y de la autoridad del hospital en donde se llevó a cabo la investigación Una vez obtenidos los permisos pertinentes de cada institución se solicitó al hospital el listado correspondiente de las pacientes que acudían a la consulta de ginecología por día y en base a la cantidad de las personas que asistía, se seleccionó a intervalos constantes tomando

aleatoriamente un número entre 1 y 4 iniciando por el 2 y partir de este se eligieron todos los demás hasta completar la muestra. Posterior a ser seleccionadas e identificadas las participantes aleatoriamente, se le explicó el objetivo del estudio y se le invitó a participar, si el ama de casa aceptaba, se evaluaba si cumplía con los criterios de selección, de ser así, se le proporcionaba el consentimiento informado por escrito además se le asignó un código para su participación.

Una vez que el ama de casa firmó el consentimiento informado se le explicó de manera clara como contestar los instrumentos resaltando en no dejar sin contestar ninguna pregunta, las dudas que surgieron fueron aclaradas individualmente en ese momento. La aplicación de la encuesta se llevó a cabo en un consultorio del hospital con el fin de maximizar la confidencialidad. Se inició con la aplicación de la cédula de datos personales, para después contestar la encuesta Escala de medición de Pros y Contras hacia la prueba de VIH y por último la Escala de la prueba de VIH.

Al finalizar el llenado de la encuesta se le agradeció al ama de casa por su participación y así se continuó con la selección de las participantes hasta obtener la muestra deseada. Al finalizar el estudio se agradeció a la institución de salud por permitir realizar la investigación.

Consideraciones Éticas. El presente estudio se apegó a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS, 1987]), que establece los lineamientos y principios generales a la que toda investigación científica con seres humanos debe apegarse. En dicho reglamento se establecen los lineamientos éticos para el desarrollo de la investigación en el área de la salud. Para garantizar la dignidad humana, los

derechos y el bienestar de la persona (Artículo 13), se contó con la autorización de la Comisión de Ética e Investigación de la Universidad Autónoma de Nuevo León y del titular de la institución educativa (Artículo 14, Fracciones I, VII y VIII) y Fracción V se contó con el consentimiento informado de las participantes. Fracción VI el personal que realizó la recolección de datos fue un profesional del área de la salud.

Estrategia de Análisis de los Datos. Los datos fueron analizados a través del Análisis Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, 21). Se aplicó la estadística descriptiva para el análisis de las variables demográficas. Se obtuvieron las frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central. La determinación de la confiabilidad de los instrumentos se realizó mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach y se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad de las variables continuas.

Mediante el Coeficiente de correlación de Spearman se dio respuesta al objetivo general, conocer la relación que existe entre los pros y contras percibidos por las amas de casa con la decisión de hacerse la prueba de VIH. Para determinar la proporción amas de casa que se han realizado la prueba de VIH se obtuvieron frecuencias y porcentajes.

Para describir los pros y los contras percibidos para decidir realizarse la prueba de VIH se utilizó la estadística descriptiva. Se obtuvieron frecuencias y porcentajes.

Para establecer si existe diferencia de los pros y contras percibidos de las amas de casa entre las que, si se han hecho la prueba de VIH y de las que no, se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney.

Resultados

En el presente capítulo se presentan los resultados. Primero se muestran las características de las participantes, consistencia interna del instrumento, prueba de normalidad, posteriormente la estadística descriptiva de las variables de estudio y estadística inferencial.

Características de las Participantes. La muestra se conformó por 220 amas de casa, encontrando que la media de edad fue de 28.64 ($DE= 7.04$). Respecto al estado civil, el 86.4% refirió tener pareja. En cuanto a la ocupación el 72.7% de las amas de casa respondieron que solo trabajan dentro del hogar. El 100% expresó no haber sido diagnosticada de VIH (tabla 1).

Tabla 1 *Características sociodemográficas de las participantes*

Características	<i>f</i>	%
Edad		
18-23 años	62	28.2
24-29 años	69	31.3
20-35 años	58	26.3
36-41 años	22	10
42-49 años	9	4.2
Edo. Civil		
Con pareja	190	84.6
Sin pareja	30	13.6
Ocupación		
Amas de casa (trabaja dentro del hogar)	160	72.7
Amas de casa (trabajan fuera del hogar)	60	27.3
Han sido diagnosticadas con VIH/Sida)		
Si		
No	220	100

Nota: n=220

Confiabilidad del Instrumento. En la tabla 2, se muestra la consistencia interna de la Escala de Medición de Pros y Contras hacia la prueba del VIH, la cual obtuvo un Alpha de Cronbach aceptable.

Tabla 2. *Consistencia interna del instrumento*

Instrumento/ subescalas	No. Reactivos	Alpha de Cronbach
Escala de Medición de Pros y Contras hacia la prueba del VIH		
Pros	8	.86
Contras	9	.81

Nota: n=220

Estadística Descriptiva. En la tabla 3, se muestra la estadística descriptiva y el resultado de la prueba de Kolmogorov-Sminorv con corrección de Lilliefors. Con relación a la edad de los participantes se observó que el promedio es de 28.6 años ($DE= 7.04$). Respecto al puntaje de *Pros* se reportó una media de 35.2 puntos ($DE = 4.43$), así mismo se reportó el puntaje los *Contras* presentó un promedio de 20.5 puntos ($DE= 7.43$). Las variables continuas no muestran una distribución normal ($p <.05$) por lo que para describir el comportamiento de las variables se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas.

Tabla 3. *Estadística descriptiva de las variables*

Variable	\bar{x}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Edad	28.6	28	7.04	18	49	.75	.004
Número de veces que se ha realizado la prueba de VIH	.53	.00	.83	0	4	5.34	.001
Pros	35.2	36	4.43	8	40	2.12	.001
Contras	20.5	19	7.43	9	45	1.60	.012

Nota: \bar{x} = Media; *Mdn*= Mediana; *DE*= Desviación estándar; *Mín.*= valor mínimo; *Máx.*= valor máximo; *D^a*= prueba de normalidad; *p*= significancia; *n*=220

En la Tabla 4, se observa que más de la mitad (62.3%) de las amas de casa no se han realizado la prueba de VIH. El 86.8% informó que probablemente se realizarían la prueba de VIH en los próximos meses (tabla 5).

Tabla 4. *Estadística descriptiva del antecedente de la realización de la prueba de VIH*

	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Usted se ha realizado la prueba de VIH	83	37.7	137	62.3

Nota: *n*=220, *f*= frecuencia, %= porcentaje

Tabla 5 *Estadística descriptiva de la decisión de realizarse la prueba de VIH*

	Improbable		Probable	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Probabilidad de realizarse la prueba de VIH en los próximos meses	29	13.2	191	86.8

Nota: *n*=220, *f*= frecuencia, %= porcentaje

Estadística inferencial. El objetivo dos que se refiere a describir los *Pros* percibidos por las amas de casa, se identificó que un alto porcentaje (61.8%) de las amas de casa refieren estar totalmente de acuerdo con que todos deberían hacerse la prueba de VIH, el 61.4% mencionaron que si tuvieran el VIH no quisieran infectar a nadie más y el 59.1% mencionó que hacerse la prueba del VIH le daría una sensación de seguridad y que si tuvieran el VIH les gustaría saberlo para no infectar a nadie más (tabla 6).

Tabla 6. *Pros percibidos por las amas de casa para decidir realizarse la prueba de VIH*

Item	TD		ED		I		DA		TA	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Todo deberían hacerse la prueba de VIH	6	2.7	2	.9	5	2.3	71	32.3	136	61.8
2. Hacerme la prueba del VIH me daría una sensación de seguridad	4	1.8	1	.5	6	2.7	79	35.9	130	59.1
3. Hacerme la prueba me ayuda a mantenerme sana	3	1.4	1	.5	3	1.4	85	38.6	128	58.2
4. Si tuviera el VIH no quisiera infectar a nadie más	4	1.8	3	1.4	0	0	78	35.5	135	61.4
5. Si tuviera el VIH me gustaría saberlo para no infectar a nadie más	3	1.4	0	0	0	0	87	39.5	130	59.1

(Continuación...)

6. Si tuviera el VIH me gustaría decírselo a mi pareja sexual	6	2.7	2	.9	10	4.5	91	41.4	111	50.5
7. Quiero estar segura de no tener VIH y decírselo a mi pareja sexual	3	1.4	2	.9	16	7.3	86	39.1	113	51.4
8. Si me entero de que tengo VIH, sé que medicamentos puedo tomar	16	7.3	10	4.5	17	7.7	117	53.2	60	27.3

Nota: TD= totalmente en desacuerdo, ED= en desacuerdo, I= indiferente, DA= de acuerdo, TA= totalmente de acuerdo, *f*= frecuencia, %= porcentaje

Tabla 6. *Pros percibidos por las amas de casa para decidir realizarse la prueba de VIH*

Ítem	TD		ED		I		DA		TA	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Todo deberían hacerse la prueba de VIH	6	2.7	2	.9	5	2.3	71	32.3	136	61.8
2. Hacerme la prueba del VIH me daría una sensación de seguridad	4	1.8	1	.5	6	2.7	79	35.9	130	59.1
3. Hacerme la prueba me ayuda a mantenerme sana	3	1.4	1	.5	3	1.4	85	38.6	128	58.2
4. Si tuviera el VIH no quisiera infectar a nadie más	4	1.8	3	1.4	0	0	78	35.5	135	61.4

(Continuación...)

5. Si tuviera el VIH me gustaría saberlo para no infectar a nadie más	3	1.4	0	0	0	0	87	39.5	130	59.1
6. Si tuviera el VIH me gustaría decírselo a mi pareja sexual	6	2.7	2	.9	10	4.5	91	41.4	111	50.5
7. Quiero estar segura de no tener VIH y decírselo a mi pareja sexual	3	1.4	2	.9	16	7.3	86	39.1	113	51.4
8. Si me entero de que tengo VIH, sé que medicamentos puedo tomar	16	7.3	10	4.5	17	7.7	117	53.2	60	27.3

Nota: TD= totalmente en desacuerdo, ED= en desacuerdo, I= indiferente, DA= de acuerdo, TA= totalmente de acuerdo, *f*= frecuencia, %= porcentaje En cuanto al objetivo tres que se refiere a describir los *Contras* percibidos por las amas de casa, el 37.3% expresó que podrían ser despedidas de su trabajo o se les dificultaría encontrar alguno, el 30.9% tienen miedo al rechazo social y 24.1% consideran que si se enteraran que tienen el VIH no podrían ver a la cara a su familia (tabla 7).

Tabla 7. *Contras percibidos por las amas de casa para decidir realizarse la prueba de VIH*

Item	TD		ED		I		DA		TA	
	<i>f</i>	%								
1. Si tuviera el VIH preferiría no saberlo	145	65.9	52	23.6	2	.9	10	4.5	11	5.0
2. Es mejor no saber si tengo el VIH	147	67.1	55	25.1	1	.5	3	1.4	13	5.9
3. Tengo miedo de hacerme la prueba de VIH	134	60.9	46	20.9	8	3.6	19	8.6	13	5.9
4. No es importante saber si tengo el VIH	144	65.5	58	26.4	4	1.8	7	3.2	7	3.2
5. Tengo miedo decirle a mi pareja que me hice la prueba	110	50.0	51	23.2	16	7.3	33	15.0	10	
6. Si tuviera el VIH la gente me podría rechazar	49	22.3	36	16.4	22	10.0	45	20.5	68	30.9
7. Si tuviera el VIH podría ser despedida de mi trabajo	43	19.5	41	18.6	11	5.0	43	19.5	82	37.3
8. Si me entero de que tengo el VIH no podría ver a la cara a Mi familia	59	26.8	50	22.7	13	5.9	45	20.5	53	24.1
9. Tengo miedo de la aguja Utilizada para la prueba	62	28.2	75	34.1	8	3.6	31	14.1	44	20.0

Nota: TD= totalmente en desacuerdo, ED= en desacuerdo, I= indiferente, DA= de acuerdo, TA= totalmente de acuerdo, *f*= frecuencia, %= porcentaje Para cumplir con el objetivo cuatro, que fue establecer si existe diferencia de los *Pros* y *Contras* percibidos entre las amas de casa de las que si se han hecho la prueba de VIH y de las que no se la han hecho. Se utilizó la Prueba U de Mann-Whitney para probar la diferencia de los rangos de los pros

y contras entre las que se han realizado la prueba y de las que no (tabla 8). Se encontraron diferencias significativas de los pros y contras para la prueba de VIH, entre las que si se realizaron la prueba y entre las que no; las que percibieron más *Pros* fueron quienes se han realizado la prueba ($U= 4220.50, p< .001$).

Tabla 8. *Diferencia de los pros y contras de las amas de casa entre las que se han realizado la prueba y de las que no*

Ítem	RPVIH	n	Media	Mdn	Rango promedio	U	p
Pros	No	137	26.47	27	99.81	4220.50	.001
	Si	83	28.45	28	128.15		
Contras	No	137	12.58	11	118.27	4620.50	.020
	Si	83	9.90	9	97.67		

Nota: RPVIH= Se ha realizado la prueba de VIH, n= Muestra, = Media, Mdn=Mediana
U prueba de Mann-Whitney, p= significancia

Desglasando el objetivo anterior en la tabla 9 se aprecian las diferencias significativas de los *Pros* de las amas de casa que se han realizado la prueba y de las que no se han realizado la prueba de VIH presentaron mayores pros en lo que respecta en: “*si tuviera VIH me gustaría saberlo para no infectar a nadie más*” ($U= 4120.50, p<.001$); “*si tuviera el VIH no quisiera infectar a nadie más*” ($U= 4332.00, p< .001$) “*quisiera estar segura de no tener VIH y poder decírselo a mi pareja sexual*” ($U= 4533.50, p<.01$).

Tabla 9. *Diferencia de los rangos de las amas de casa entre las que se han realizado la prueba de las que no: Pros*

Item	RPVIH	n	x	Mdn	Rango promedio	U	p
1. Todos deberían hacerse la prueba de VIH	No	137	4.36	5	101.50		
	Si	83	4.71	5	125.36		
2. Hacerme la prueba de VIH me daría una sensación de seguridad	No	137	3.43	4	102.51	4591.50	.006
	Si	83	3.66	4	122.08		
3. Hacerme la prueba del VIH me ayuda a mantenerme sana para cuidar a mi familia y amigos	No	137	3.43	4	103.49		
	Si	83	3.66	4	122.08		
4. Si tuviera el VIH no quisiera infectar a nadie más	No	137	3.42	4	100.62	4332.00	.001
	Si	83	3.76	4	129.36		
5. Si tuviera el VIH me gustaría saberlo para no infectar a alguien más	No	137	3.42	3	99.08	4120.50	.000
	Si	83	3.76	4	129.36		
6. Si tuviera el VIH me gustaría decírselo a mi pareja sexual	No	137	3.28	3	103.11	4672.50	.013
	Si	83	3.49	4	122.70		
7. Quiero estar segura de no tener VIH para decírselo a mi pareja sexual	No	137	3.26	3	102.09	4533.50	.005
	Si	83	3.58	4	124.38		
8. Si me entero que tengo VIH	No	137	2.89	3	107.7		

sé que hay nuevos medicamentos						5310.00	.367
que puedo tomar	Si	83	2.88	3	115.02		

Nota: RPVIH= Se ha realizado la prueba de VIH, n= Muestra, = Media, Mdn= Mediana, U= Prueba de Mann-Whitney, p= significancia

En la tabla 10 se aprecian las diferencias significativas de los *Contras* entre las amas de casa que se han realizado la prueba y de las que no. Presentaron menores *contras* en: “*es mejor no saber si tengo el VIH*” ($U= 4185.00, p< .001$), “*tengo miedo de la aguja utilizada para la prueba de detección sanguínea del VIH*” ($U= 3429.00, p< .001$) y “*tengo miedo de hacerme la prueba de VIH*” ($U= 4443.50, p< .001$).

Tabla 10. *Diferencia de los rangos de las amas de casa entre las que se han realizado la prueba de las que no: Contras*

Items	PRVH	n	-	Mdn	Rango promedio	U	p
1.Si tuviera el VIH preferiría saberlo	No	137	.73	0	118.92		
	Si	83	.36	0	96.60	4532.00	.003
2.Es mejor no saber si tengo el VIH	No	137	.70	0	120.45		
	Si	83	.22	0	92.54	4185.00	.000
3.Tengo miedo de hacerme la prueba de VIH	No	137	.93	0	119.57		
	Si	83	.52	0	95.54	4443.50	.002

(Continuación...)

4.No es importante saber si tengo el VIH porque el destino decidirá si vivo o muero	No	137	.66	0	118.02		
	Si	83	.30	0	98.09	4655.50	.007
5. Tengo miedo de decirle a mi pareja que me hice la prueba del VIH.	No	137	1.12	1	118.08		
	Si	83	.83	0	98.09	4647.00	.014
6. Si tuviera el VIH la gente me podría rechazar	No	173	2.11	2	106.31		
	Si	83	2.39	3	117.41	5112.00	.197
7. Si tuviera el VIH podría ser despedida de mi trabajo, o no ser capaz de conseguir un nuevo trabajo	No	137	2.27	3	107.04		
	Si	83	2.52	3	116.21	5211.50	.282
8. Si me entero de que tengo el VIH no podría ver la cara a mi familia	No	137	2.06	2	116.76		
	Si	83	1.70	1	100.17	4828.00	.054
9. Tengo miedo de que la aguja utilizada para la prueba de detección sanguínea del VIH	No	137	2.01	1	126.97		
	Si	83	1.02	1	83.31	3429.00	.000

Nota: RPVIH= Se ha realizado la prueba de VIH, n=Muestra, =Media, Mdn =Mediana,

U=Prueba de Mann.Whithney, p=significancia

Para cumplir con el objetivo general de conocer la relación que existe entre los *Pros* y *Contras* percibidos por las amas de casa con la decisión de realizarse la prueba de VIH, se utilizó la correlación de Spearman, donde se observan que los *pros* percibidos tienen correlación significativa. Así mismo los *contras* percibidos se

relacionan negativa y significativamente con la probabilidad de realizarse la prueba de VIH (tabla 11).

Tabla 11. *Coefficiente de correlación de Spearman para las variables de estudio*

Variable	1	2	3
1.Pros	1		
	-		
2.Contras	-.279**	1	
		-	
3. Decisión de realizarse la prueba de VIH	.196**	-.265**	1
			-

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$

Discusión

El propósito del presente estudio fue conocer la relación que existe entre los pros y contras percibidos por las amas de casa con la decisión de realizarse la prueba de VIH. A continuación, se discuten los resultados del estudio.

En cuanto a la proporción de las amas de casa que se han realizado la prueba de VIH, en el presente estudio, más de la mitad de las encuestadas no se la han realizado, lo que concuerda con García et al. (2011) y Weiser, et al. (2006), quienes reportan que tres cuartos de los encuestados no se habían realizado la prueba del VIH. Esto pudiera deberse a que los programas sociales y las políticas públicas al respecto parecen no haber tener aún un equilibrio entre información, empoderamiento y oferta de alternativas para las mujeres, ya que los programas existentes se encuentran enfocados a distribuir información acerca de la prueba a los grupos vulnerables (HSH, usuarios de drogas, trabajadores sexuales).

Por otra parte, en el ámbito nacional se puede decir que la información disponible sobre el VIH no circula masivamente (como pudiera ser el caso de otros programas enfocados a las mujeres como los exámenes de Papanicolaou, exploración mamaria, entre otros) lo que pudiera explicar la falta interés de las amas de casa a decidir realizarse la prueba de VIH de manera rutinaria y voluntariamente tal y como lo recomienda la ACOG y la CDC.

En lo referente a los *Pros* percibidos hacia la prueba de VIH que más reportaron las mujeres en el presente estudio fueron: todos deberían hacerse la prueba de VIH; si tuviera el VIH no quisiera infectar a nadie más y hacerme la prueba del VIH me daría

una sensación de seguridad, dichos resultados concuerdan con lo mencionado por Ballester, Dolores, Giménez y Ruiz (2009); Chaves y Villaquirán (2011); Giménez (2008), quienes reportaron en las poblaciones estudiadas, que estos mencionaban beneficios hacia la prueba de VIH tales como: podrían recibir tratamiento para el VIH/Sida; que les permite conocer su estado serológico; que les da la posibilidad de evitar la transmisión a terceras personas. Esto pudiera explicar que las mujeres tienen ciertos conocimientos sobre los beneficios que brindan las pruebas de VIH, sin embargo, estos no son suficientes para decidir hacérsela voluntaria y frecuentemente.

En lo que se refiere a los *Contras* percibidos por las mujeres, las frases mayormente mencionadas en el presente estudio fueron: que podrían ser despedidas de su trabajo o se les dificultaría encontrar alguno; que tienen miedo al rechazo social; y consideran que si se enteraran que tienen el VIH no podrían ver a la cara a su familia. Dichos resultados que concuerdan con lo investigado por Abebe y Mitikie (2009); Meiberg, Bos, Onya, y Schaalma (2008), quienes mencionan que el estigma está fuertemente relacionado a la voluntad de hacerse la prueba de VIH. Por otra parte, los resultados de Manirankunda, Loos, Alou, Colebunders y Nöstlinger (2009), mostraron que los participantes de su estudio estaban, en un principio, a favor de las pruebas voluntarias. Sin embargo, señalaron que los obstáculos superaron las ventajas, dichos obstáculos incluyeron: el miedo de los resultados positivos de las pruebas y sus consecuencias personales y sociales relacionados; falta de información; falta de conducta preventiva de salud; y la negación de riesgo del VIH. Lo mencionado anteriormente, pudiera estar influenciado por la cultura, el machismo, la falta de información acerca de la prueba y la discriminación, ya sea por parte de la familia y por la sociedad que les rodea.

También puede relacionarse con lo planteado en el MCS, donde señala que los costos percibidos (barreras) determinan la conducta saludable, así como el acceso a ella. Si la acción que ha de ser llevada a cabo es considerada costosa, desagradable, inadecuada o traumática, a pesar del reconocimiento de que la acción es necesaria, una persona puede no estar todavía lo suficientemente motivada a hacer algo. Es por eso que las mujeres puedan no reconocer los beneficios que tiene realizarse la prueba de VIH.

Se encontraron diferencias significativas de los pros y contras para la prueba de VIH, entre las que, si se realizaron la prueba y entre las que no, una probable explicación a estos resultados podría ser que las amas de casa que se han realizado la prueba del VIH perciben menos barreras debido a que consideran que conocer su estado serológico es importante y este pudiera ser un predictor para aumentar la probabilidad de realizarse la prueba.

En lo que se refiere a la relación de los pros y contras con la probabilidad de realizarse la prueba de VIH más de tres cuartas partes de las encuestadas de estudio mencionaron que probablemente se realizarían la prueba del VIH en los próximos meses, lo anterior coincide con Weiser et al. (2006) y Ma et al. (2007) quienes mencionan que los participantes tenían la intención de realizarse la prueba de VIH los próximos seis meses, esto podría indicar que dichas personas perciban realizarse la prueba de VIH como un factor de protección por lo que no consideran a los contras como un obstáculo para realizarse una acción que les ayude a mantener su salud.

Conclusiones

A pesar de que las amas de casa manifestaron estar dispuestas a realizarse la prueba de VIH en los próximos meses porque perciben mayores pros hacia la prueba de VIH, la mayoría de éstas no se han realizado la prueba de VIH de manera voluntaria. Los pros percibidos por las amas de casa están enfocados a estar totalmente de acuerdo con que todos deberían hacerse la prueba de VIH, con que si tuviera el VIH no quisiera infectar a nadie más y que hacerse la prueba del VIH les daría una sensación

de seguridad y que si tuvieran el VIH les gustaría saberlo para no infectar a nadie más.

Los contras que perciben las amas de casa para realizarse la prueba de VIH son que podrían ser despedidas de su trabajo o se les dificultaría encontrar alguno, el miedo al rechazo social y que consideran que si se enteraran que tienen el VIH no podrían ver a la cara a su familia.

Referencias

- Abebe, A., & Mitikie, G. (2009). Perception of high school students towards voluntary HIV counseling and testing, using Health Belief Model in Butajira. *Ethiop Journal of Health Development*, 23(2), 148-153.
- Alcarraz, C., Arias, K., Peña, C., Ventura, J., & Calle, M. (2008) Factores asociados a la realización de una prueba de detección de VIH en estudiantes universitarios. *Cimel*, 13 (2), 53-61.
- Asociación de Comunicadores Sociales Calandria (2014). *Acción en Sida* 46, 1-12. de <http://www.portalsida.org/repos/as46pdf>
- Burns, N., Grove, S. K., & Soriano, M. G. (2004). *Investigación en enfermería*.

Barcelona: Elsevier.

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (CENSIDA, 2012).

Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México.

http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_Cierre_2012pdf

Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC, 2020). Hoja

informativa de los CDC sobre el VIH/Sida de Información de los CDC sobre el

VIH/SIDA <http://www.cdc.gov/hiv/spa>

King, A. (2006). *Factors influencing the decision to be tested for hiv among*

heterosexual college students (Tesis doctoral) De la base de datos

ProQuest Dissertations and Theses. (UMI No. 3215052). Lauby, J.

L., Bond, L., Eroğlu, D., & Batson, H. (2006). Decisional balance,

perceived risk and HIV testing. *AIDS and Behavior* 10(1). DOI:

10.1007/s10461-005-9029-7.

Ma, W., Detels, R., Feng, Y., Wu, Z., Shen, L., Li, Y, Liu., (2007). Acceptance of and

barriers to voluntary HIV counselling and testing among adults in Guizhou

province, China. *AIDS*, 21(8), 1-10. DOI:

10.1097/01.aids.0000304708.64294.3f.

Manirankunda, L., Loos, J., Alou, TA., Colebunders, R., & Nöstlinger, C. (2009).

“It’s better not to know”: perceived barriers to HIV voluntary counseling and

testing among sub-Saharan African migrants in Belgium. *AIDS Education*

and Prevention, 21(6), 582–593.

Polit, D. F., & Hungler, B. A. (1999). *Investigación Científica Ciencias de las Salud*.
México: Mc Graw Hill.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA, 2008)

Informe sobre la epidemia mundial de

sida.[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/global](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/globalreport/2008/jc1510_2008globalreport_en.pdf)

report/2008/jc1510_2008globalreport_en.pdf.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA, 2007).

Situación de epidemia de Sida

http://data.unaids.org/pub/epislides/2007/2007_epiupdate_es.pdf.

Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education*

Monographs 2, 328-335.

Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009). Family rejection as a

predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay

and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1), 346–352. DOI:

10.1542/peds.2007-3524.

Secretaría de Salud (SS). (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en*

Materia de Investigación para la Salud

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmptsam.html>

Secretaría de Salud (SS, 2012). El VIH/SIDA en México

[http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX201](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2012.pdf)

2.pdf

CAPITULO 6

DIMENSIONES DE LA SEXUALIDAD, IDENTIDADES DE GÉNERO, ACTITUDES HACIA LA EROTOFILIA, LA EROTOFOBIA, Y LA ASERTIVIDAD EN LA EXPRESIÓN SEXUAL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Dora Julia Onofre Rodríguez

María Fernanda Ramírez Barajas

Raquel Alicia Benavides Torres

Introducción

En la actualidad, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA, 2018) reportó 36.9 millones de casos de VIH/sida en todo el mundo, de los cuales 1.4 – 2.1 millones se encuentran distribuidos en la región de América Latina. De 1983 a la fecha, se han registrado en México un total de 203 312 casos de VIH/sida con una incidencia de 15 543 para el cierre del año 2018. A nivel local, el estado de Nuevo León representa el 3% del total de casos diagnosticados con el VIH en la población nacional, y se registraron 1 193 casos nuevos entre 2013 y 2018. El Centro Nacional para

la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA, 2018), estima que alrededor de 24 105 jóvenes entre los 15 y 24 viven con el VIH, el cual fue transmitido principalmente por vía sexual.

De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA [por sus siglas en inglés], 2016), las y los jóvenes mexicanos inician su vida sexual entre los 15 y los 19 años y menciona que los principales riesgos que enfrentan los individuos con vida sexual activa son: a) inicio no elegido o involuntario de la vida sexual, ya que en ocasiones se inicia con una vida sexual por complacer a la pareja o por la presión ejercida por sus pares, y b) la exposición a infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/sida por mantener relaciones sexuales desprotegidas y conductas sexuales de riesgo. Autores como Cardona e Higuera (2014) mencionan que el impacto que tiene el VIH en los seres humanos va más allá del proceso salud-enfermedad, ya que afecta su calidad de vida de manera física, psicológica, ambiental, reproductiva y de salud sexual. Esta última se define en términos de bienestar físico, mental y social relacionado con el sistema reproductivo (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2016), además, engloba conceptos como la satisfacción sexual, el deseo y la asertividad sexual (Sierra, Vallejo-Medina & Santos-Iglesias, 2011).

Respecto a lo anterior, Baiz, Morales y Pereyra (2016), señalan que la principal fuente de información que tienen los jóvenes sobre salud sexual, la adquieren en la etapa universitaria. Además, indican que la educación básica no influye en las decisiones que toman los universitarios acerca de las conductas sexuales. Así mismo, estos autores indican que los jóvenes universitarios poseen bajos conocimientos en temas de salud

sexual y tienen respuestas negativas hacia el uso del condón. Mencionan que los hombres, tienden a adoptar conductas sexuales más riesgosas que las mujeres, así como iniciar la vida sexual a temprana edad y por ende contar con mayor número de parejas sexuales durante la etapa universitaria e incrementar el riesgo de adquirir el VIH.

Autores como Rangel y García (2010), mencionan que la sociedad y la cultura determinan las conductas sexuales que se consideran aceptables para los hombres y para las mujeres, mientras al hombre se le prioriza el desempeño sexual, a la mujer se le fomenta la pasividad sexual, estas inequidades de género se relacionan negativamente con la salud sexual y reproductiva (Emmerink, Vanwesenbeeck, van den Eijnden & ter Bogt, 2016). La Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018) establece que al momento del nacimiento a todas las personas se les otorga un sexo biológico (hombre o mujer) y se le atribuyen aspectos como los caracteres sexuales y carga hormonal; mientras que el género, se refiere a las actividades, conductas y roles socialmente predeterminados y que se consideran apropiados para hombres y mujeres (American Psychological Association [APA], 2018).

En relación con lo anterior, de acuerdo con el modelo de la androginia propuesto por Bem (1974) las diferencias de identidad de rol de género se dicotomizan en función de los caracteres sexuales de un individuo y se asignan las tipologías de género: femenino y masculino, sin embargo, aquellos que han logrado trascender esta dicotomía pueden ser categorizados en una tipología de género andrógino o indiferenciado (Coello & Fernández, 2011). García-Vega, Rico y Fernández (2017), llevaron a cabo un estudio descriptivo donde determinaron que el sexo biológico y la tipología de género influyen

en las actitudes hacia los estímulos sexuales y en las conductas sexuales de los individuos.

Respecto a la actitud hacia los estímulos sexuales, Fisher, Byrne, White y Kelley (1988) la describen por medio del constructo “erotofilia-erotofobia”, el cual definen como la disposición que posee cada individuo para responder ante los estímulos sexuales a través de un continuo cuyo polo negativo se denomina erotofobia y su polo positivo, erotofilia. Mencionan también que las personas erotofílicas encuentran los estímulos sexuales más placenteros y por ello tienden a buscar experiencias sexuales. Se han encontrado asociaciones positivas entre la erotofilia-erotofobia y la asertividad sexual, en donde se establece que mientras más positiva sea la actitud de una persona hacia ciertos estímulos sexuales, ésta será sexualmente más asertiva y de esta manera podrá disminuir el riesgo de adquirir el VIH/sida (Blanc, Rojas & Sayans-Jiménez, 2016). Por lo anterior, es de vital importancia hacer énfasis en la asertividad sexual de los jóvenes universitarios como medida de prevención del VIH.

De acuerdo con Morokoff et al. (1997), la asertividad sexual se refiere a la autonomía de los individuos sobre las experiencias sexuales y su expresión a través de diferentes respuestas como, el inicio de la vida sexual, el rechazo de conductas sexuales que no se desean adoptar y la negociación de métodos anticonceptivos y de prevención del VIH/sida. La asertividad sexual es propuesta por Osorio, Álvarez, Hernández, Sánchez y Muñoz (2017) como un factor de protección ante situaciones sexuales de riesgo.

Este tema se ha estudiado en México principalmente en poblaciones clave como son los trabajadores y trabajadoras sexuales, y en poblaciones vulnerables como las mujeres

amas de casa y los adolescentes. Se ha determinado a través de varios estudios que los hombres poseen mayor asertividad sexual y mayor erotofilia.

Para el presente trabajo se utilizará el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender, ya que involucra los factores personales biológicos y socioculturales de los individuos, así como los afectos relacionados con las conductas sexuales y por tener como foco central la promoción de la salud, la cual implica intervenciones sociales y ambientales que se destinan a beneficiar y proteger la salud y que permite a las personas contar con un mayor control de su propia salud sexual (OMS, 2016).

Por lo anterior y por el riesgo latente que tienen los jóvenes de adoptar conductas sexuales de riesgo y adquirir el VIH, el presente estudio pretende generar información sobre las características del comportamiento sexual de los universitarios por medio de la tipología de género, así como conocer si las actitudes hacia los estímulos sexuales de los universitarios son erotofílicas o erotofóbicas y la influencia de las anteriores sobre la asertividad sexual, para poder brindar un abordaje holístico en futuras intervenciones de enfermería que se enfoquen en conductas promotoras de salud sexual tomando como referente los comportamientos y actitudes de los estudiantes universitarios.

Objetivo General. Determinar el efecto que tiene el sexo, tipología de género y erotofilia-erotofobia en la asertividad sexual en estudiantes universitarios de Monterrey, Nuevo León.

Objetivos específicos.

1.- Conocer las diferencias en las variables erotofilia-erotofobia y asertividad sexual por sexo y tipología de género en los estudiantes universitarios.

- 2.- Determinar la influencia del sexo y tipología de género sobre la asertividad sexual.
- 3.- Identificar si el sexo y tipología de género influyen en la erotofilia-erotofobia.
- 4.- Conocer el efecto de erotofilia-erotofobia con asertividad sexual.

Metodología.

En el presente capítulo se describen el diseño del estudio, población, muestra y muestreo, criterios de inclusión, criterios de eliminación, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y el plan de análisis de los datos.

Diseño del Estudio. El diseño del presente trabajo fue descriptivo correlacional y transversal de acuerdo con los criterios planteados por Burns y Grove (2012). Se consideró descriptivo correlacional, ya que describió las variables de interés y examinó las relaciones existentes entre ellas y no se pretendió controlar o manipular a los participantes. Las variables se encontraban previamente identificadas y definidas de manera clara.

Población, Muestra y Muestreo. La población estuvo conformada por estudiantes de una Universidad Privada en el Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León, México. El tamaño de la muestra fue calculado a través del paquete computacional NQuery Advisor 4.0[®] para una prueba de regresión lineal múltiple, considerando cuatro variables independientes con una confiabilidad del 95%, una potencia de prueba del 90% y un Coeficiente de Determinación de $R^2 = .09$, el resultado fue de 183 observaciones.

Se consideró una tasa de no respuesta del 5% y utilizando un efecto de diseño de 1.15, el tamaño de la muestra aumentó a 222 individuos. Contemplando que el 70% de los

participantes había iniciado vida sexual, se requirió de 317 participantes, los cuales fueron seleccionados por medio de un muestreo por conglomerado unietápico donde los conglomerados fueron 22 de los 50 grupos de la Universidad Privada en el Área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

Criterios de Inclusión. Estudiantes universitarios entre 18 y 25 años que se encontraran inscritos en la Universidad Privada del Área Metropolitana de Monterrey Nuevo León donde se llevó a cabo el estudio.

Criterios de Eliminación. A todos los alumnos del grupo se les entregó un sobre que incluía los instrumentos, sin embargo, debido a la sensibilidad de algunas preguntas y para evitar exponer a los participantes frente a su grupo con respecto de su vida sexual, al momento de realizar la captura de datos, todos aquellos individuos que reportaron no haber iniciado su vida sexual fueron eliminados del estudio a pesar de haber contestado los instrumentos.

Instrumentos de Medición. Para describir a los participantes, se utilizó una cédula de datos personales, en la que se incluyeron datos como edad, sexo, y la pregunta: ¿Has tenido relaciones sexuales orales, vaginales o anales alguna vez en la vida? (Apéndice A).

Para medir la variable tipología género, se utilizó el Inventario de Roles de Sexo, adaptada y validada por Vega (2007) del cuestionario Bem Sex Role Inventory desarrollado por Bem en 1974. El Inventario de Roles de Sexo es un cuestionario auto aplicable, que sirve para clasificar a los individuos de acuerdo con su propia identidad de rol de género, consta de 60 adjetivos de los cuales 20 corresponden a estereotipos

culturales de rasgos femeninos (ítems 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29, 32, 35, 38, 41, 44, 47, 50, 53, 56 y 59) por ejemplo: “*afectuoso*”, 20 a estereotipos de rasgos masculinos (ítems 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 34, 37, 40, 43, 46, 49, 52, 55, y 58) por ejemplo: “*ambicioso*”, y 20 adjetivos que corresponden a rasgos neutros (ítems 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 24, 27, 30, 33, 36, 39, 42, 45, 48, 51, 54, 57 y 60) como: “*malhumorado*”. Las opciones de respuesta se dan en una escala de tipo Likert que va del 1 = nunca o casi nunca, 2 = raramente, 3 = infrecuentemente, 4 = ocasionalmente, 5 = frecuentemente, 6 = usualmente y 7 = siempre o casi siempre (Apéndice B).

Se recomienda utilizar el método de la mediana-dividida para clasificar a los sujetos, se obtienen los valores brutos del sujeto en masculinidad y feminidad sumando todos los valores asignados a los atributos de cada escala y dividiendo por la cantidad de atributos de la escala ($n = 20$). En caso de que el sujeto no designara un valor a algún ítem, se deberá restar la cantidad de ítems sin responder. En función de las respuestas, cada sujeto obtiene dos puntajes (uno en la escala de ítems masculinos y otro en la escala de ítems femeninos). A partir de ellos asigna la tipología de género correspondiente al sujeto, femenino cuando el valor obtenido en esta escala supera la mediana para su sexo y grupo de edad, para la tipología de género masculino se debe obtener un valor bruto en la escala de ítems masculinos por arriba de la mediana correspondiente a su sexo y grupo de edad. En cuanto a la tipología de género andrógino, el valor obtenido en ambas escalas (ítems femeninos y masculinos) es superior a la mediana para su sexo y grupo de edad. La tipología de género indiferenciado se otorga a aquellos individuos cuyos valores brutos son inferiores a la mediana en cada escala. Se estima un Alpha de Cronbach de .74 en mujeres y .83 para hombres en la categoría de femineidad y .78 en mujeres y .79 en

hombres para la categoría de masculinidad.

La variable erotofilia-erotofobia se midió a través de la Encuesta de Opinión Sexual -6 (Vallejo et al., 2016). El objetivo principal de este instrumento es medir el constructo continuo erotofilia-erotofobia, a través de 6 ítems que evalúan la actitud hacia los estímulos sexuales con reactivos como: *“Me resulta excitante pensar en tener una relación sexual”*, los cuales se responden con una escala de tipo Likert que abarca desde 1 = Totalmente en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Medianamente en desacuerdo; 4 = Sin opinión al respecto; 5 = Medianamente de acuerdo; 6 = De acuerdo y 7 = Totalmente de acuerdo, con un puntaje mínimo de 6 y máximo de 42, mayor

puntuación denota erotofilia y menor puntuación erotofobia (Apéndice C). El instrumento cuenta con un Alpha de Cronbach de .86.

Para medir la variable de asertividad sexual se utilizó la versión española de la Escala de Asertividad Sexual, traducida y validada por Sierra, Vallejo-Medina y Santos- Iglesias (2011) que consta de 18 ítems, los cuales evalúan la asertividad sexual en tres dimensiones: inicio (ítems 1-6), rechazo (ítems 7-12) y negociación (ítems 13-18). Se evalúa por medio de una escala de tipo Likert que va de 0 a 4 en donde 0 = nunca,

1 = a veces; 2 = La mitad de las veces; 3 = casi siempre y 4 = siempre (Apéndice D). A mayor puntuación, mayor conducta sexual asertiva. La escala cuenta con una puntuación mínima de 0 y máxima de 72 (se deben invertir los ítems 3, 4, 6, 7, 8, 10, 13, 14 y 16).

La Escala de Asertividad Sexual tiene un Alpha de Cronbach de .82 para la escala global, la confiabilidad de cada subescala fue obtenida por medio del Omega, para *inicio* $\omega = .80$, *rechazo* $\omega = .76$ y *negociación* $\omega = .85$.

Procedimiento de Recolección de Datos. Previo al levantamiento de datos, se solicitó autorización al Comité de Ética en Investigación y al Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como también a las autoridades competentes de la Universidad Privada donde se llevó a cabo el estudio. Una vez otorgado el permiso, se solicitó un listado del total de grupos matriculados en dicha institución para seleccionar a los participantes, se utilizó un muestreo por conglomerado y se eligió de manera aleatoria a los grupos que fueron incluidos.

Una vez seleccionados los grupos, se acudió en el horario asignado por la institución educativa y se abordó a los participantes de manera grupal, se les explicó el objetivo del estudio y en qué consistiría su participación. A los jóvenes que no aceptaron participar en el estudio se les dio plena libertad de abandonar el aula y quienes decidieron participar y cumplían con los criterios de la muestra, se les informó que en todo momento se guardaría confidencialidad y anonimato absoluto y se les dio a firmar un consentimiento informado de manera impresa. Con la finalidad de cuidar la privacidad de los participantes, se les entregaron los instrumentos en un sobre cerrado, el cual contenía la cédula de datos personales, el Inventario de Roles de Sexo, la Encuesta de Opinión Sexual-6 y la Escala de Asertividad Sexual, en caso de que el participante presentara alguna duda sobre los ítems de algún instrumento, se procedió a realizar aclaraciones.

En caso de no querer continuar contestando los cuestionarios al participante se le permitió abandonar el aula en cualquier momento. Se utilizó un tiempo promedio de aplicación de 40 minutos, al momento de finalizar el llenado de los cuestionarios, se agradeció de manera individual a cada uno de los individuos su participación y tiempo invertidos en contestar los cuestionarios.

Consideraciones Éticas. El presente estudio se apagó a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS.,1987]; enmienda 2016), que establece los lineamientos y principios generales a los que toda investigación científica con seres humanos debe someterse y en el cual se establecen los lineamientos éticos para el desarrollo de la investigación en el área de la salud. Para garantizar la dignidad humana, los derechos y el bienestar de la persona, cumpliendo con lo estipulado en el Artículo 13, se contó con la autorización de la Comité de Ética en Investigación de la Universidad Autónoma de Nuevo León y del titular de la institución educativa en conformidad con el Artículo 14 (Fracciones I, V, VI, VII, y VIII), también se contó con el consentimiento informado de los participantes y el personal que realizó la recolección de datos fue un profesional del área de la salud.

De acuerdo con el Artículo 16, se garantizó el anonimato, a la vez que se informó a los participantes que los datos personales solo serían del conocimiento del autor del estudio. En conformidad al Artículo 17 (Fracción II), el estudio se consideró de riesgo mínimo para los participantes seleccionados, ya que se abordaron variables como: sexo, tipología de género, erotofilia-erotofobia y asertividad sexual, las cuales podían generar

preocupaciones o sentimientos de pena en los participantes. En caso de que eso ocurriera se brindó la posibilidad de continuar contestando los cuestionarios de manera privada y/o de ser el caso se canalizaría a la persona con el departamento de psicología de la institución. Del mismo modo, cumpliendo con el Artículo 58 (Fracción II) se dejó en claro que la participación era voluntaria y no habría ninguna repercusión por parte de la institución en caso de decidir participar o no y que los datos que se obtuvieron no serían utilizados en perjuicio de los participantes. Se obtuvo la autorización de los participantes a través de la firma del consentimiento informado, luego de ofrecer una información detallada sobre el estudio como lo marca el Artículo 20.

Conforme al Artículo 21 (Fracción VI y VII) los participantes tuvieron la oportunidad de preguntar al autor las dudas que surgieron acerca del estudio, se dio a los participantes la libertad de retirarse en cualquier momento durante la aplicación de los instrumentos.

Según el Artículo 116 (Fracciones I, II, III, IV y V), el investigador principal se encargó de la dirección técnica del estudio y de preparar el protocolo de la investigación: cumplir los procedimientos indicados en el protocolo y solicitar autorización para la modificación de aspectos éticos en caso necesario, documentar y registrar todos los datos que se generaron durante el estudio: formó un archivo sobre el estudio que contiene el protocolo, las modificaciones al mismo, las autoridades, los datos generados, el informe final y todo el material documental susceptible de guardarse relacionado con la investigación, elaboró y presentó los informes parciales y finales de la investigación.

Plan de Análisis de los Datos. Para el análisis de datos se creó una base de datos en el programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 21. Previo al análisis

de datos se verificó que no existieran datos perdidos o extremos. Se generó un índice para la Encuesta de Opinión Sexual-6 y la Escala de Asertividad Sexual y se utilizó estadística descriptiva para conocer las características de los participantes del estudio. 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.

Para dar respuesta al primer objetivo específico se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, se compararon medias por la prueba de Kruskal-Wallis por rangos y se realizaron comparaciones por pares por la prueba U de Mann-Whitney. Para el análisis de los demás objetivos específicos, se utilizaron correlaciones de Spearman para establecer relaciones entre las variables. Se determinó el efecto de las relaciones por medio de modelos de regresión lineal simple, se aplicó el estadístico de contraste de Bootstrap a cada uno de los modelos.

Para cumplir con el objetivo general, “Determinar el efecto que tiene el sexo, tipología de género y erotofilia-erotofobia en la asertividad sexual en estudiantes universitarios de Monterrey, Nuevo León”, se llevaron a cabo modelos de regresión lineal múltiple con estadístico de contraste Bootstrap.

Resultados

En este apartado se presentan los resultados del estudio, iniciando con las características generales de la población, la estadística descriptiva de las variables, las características psicométricas de los instrumentos, y la prueba de normalidad de las variables de estudio. Posteriormente, se presenta la estadística inferencial para cada uno de los objetivos planteados.

Características Generales de la Población. El total de la muestra fue de 317 participantes, de los cuales 275 cumplieron con todos los criterios para permanecer en el estudio, 55.6% fueron hombres y 44.4% mujeres. La edad promedio de los estudiantes fue de 21.15 años ($DE = 2.09$). La tipología de género indiferenciado predominó con 32.7%, seguida de la tipología de género andrógino con 30.5%, tipología de género masculino con 18.5% y finalmente la tipología de género femenino con 18.2%.

Estadística Descriptiva de las Variables. Se presentan los datos descriptivos de las variables de estudio, así como el resultado de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors para las variables tipología de género, erotofilia-erotofobia y asertividad sexual. Los resultados muestran que las variables no presentaron una distribución normal (tabla 1).

La variable tipología de género reportó una media de 4.84 ($Mdn = 4.95$; $DE = .75$) para la escala de ítems femeninos y una media de 5.24 ($Mdn = 5.30$; $DE = .69$) para la escala de ítems masculinos, esto quiere decir que los participantes se identifican más con atributos socioculturales de rasgos masculinos (tabla 2). La variable erotofilia-erotofobia obtuvo una media por debajo del punto medio ($M = 62.17$; $Mdn = 63.88$;

$DE = 23.34$), lo que indica que al menos la mitad de los estudiantes presentan erotofobia (tabla 3). El promedio de asertividad sexual en los estudiantes universitarios se ubicó por encima del punto medio ($M = 60.52$; $Mdn = 58.33$; $DE = 14.87$), lo que significa que los participantes presentan mayor asertividad sexual (tabla 4).

Tabla 1 *Estadística descriptiva y resultado de la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S)*

Variable	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	D^a	<i>p</i>
Tipología de género							
Escala de ítems femeninos	4.84	4.95	.75	1.90	7.00	.05	.04
Escala de ítems masculinos	5.24	5.30	.69	2.90	7.00	.06	.01
Erotofilia-erotofobia	62.17	63.88	23.34	0.00	100.00	.07	.00
Asertividad sexual	60.52	58.33	14.87	5.56	98.61	.07	.00

Nota: $n = 275$; M = Media, DE = Desviación estándar, Mdn = mediana, D^a = Estadístico de prueba de normalidad con corrección de Lilliefors

Tabla 2 *Datos descriptivos del Inventario de Roles de Sexo*

Ítems	Total		Hombres		Mujeres	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Defiende sus propias creencias	5.84	1.48	5.71	1.48	6.00	1.48
Afectuoso/a	5.33	1.47	5.33	1.42	5.33	1.54
Hace las cosas a conciencia	5.89	1.12	5.91	1.14	5.88	1.09
Independiente	5.66	1.28	5.54	1.31	5.82	1.24
Empático	5.46	1.47	5.55	1.38	5.34	1.57
Malhumorado	4.07	1.68	3.84	1.68	4.35	1.64
Asertivo/a	5.13	1.18	5.18	1.13	5.07	1.23
Sensible a las necesidades de los demás	5.04	1.62	4.71	1.67	5.46	1.45
Confiable	6.43	.88	6.42	.80	6.45	.98
De personalidad fuerte	5.99	1.19	5.93	1.14	6.05	1.25

Nota: $n = 275$; M = Media; DE = Desviación estándar; 1 = Nunca o casi nunca; 2 = Raramente; 3 = Infrecuentemente; 4 = Ocasionalmente; 5 = Frecuentemente; 6 = Usualmente; 7 = siempre o casi siempre

(continúa)

Tabla 2 *Datos descriptivos del Inventario de Roles de Sexo* (continuación)

Ítems	Total		Hombres		Mujeres	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Comprensivo/a	6.00	1.19	5.89	1.24	6.14	1.13
Celoso/a	4.32	1.89	4.04	1.88	4.66	1.84
Enérgico/a	5.22	1.34	5.33	1.31	5.08	1.37
Compasivo/a	5.50	1.31	5.31	1.33	5.74	1.25
Genuino/a	5.37	1.35	5.31	1.39	5.45	1.30
Con capacidad de líder	5.75	1.26	5.92	1.58	5.54	1.36
Deseoso/a de consolar a los demás	4.64	1.73	4.41	1.70	4.92	1.74
Reservado/a	4.79	1.75	4.69	1.77	4.91	1.73
Toma riesgos	5.26	1.47	5.40	1.40	5.08	1.54
Cálido/a	5.15	1.37	5.12	1.44	5.18	1.27
Adaptable	5.92	1.12	5.93	1.07	5.90	1.18
Dominante	4.96	1.67	5.14	1.53	4.73	1.80
Tierno/a	5.06	1.67	4.85	1.71	5.32	1.59
Engreído/a	3.11	1.81	3.24	1.90	2.95	1.70
Dispuesto a tomar una posición	5.49	1.34	5.56	1.26	5.42	1.44
Ama a los niños	5.11	1.89	4.92	1.88	5.35	1.88
Con tacto	5.05	1.54	5.03	1.53	5.07	1.57
Agresivo	3.30	1.74	3.40	1.76	3.17	1.72
Dulce	4.72	1.61	4.52	1.67	4.98	1.51
Convencional	4.61	1.49	4.66	1.50	4.55	1.49
Confianza en si mismo/a	6.03	1.12	6.15	.944	5.88	1.30
Complaciente	5.29	1.32	5.42	1.30	5.14	1.33
Solidario/a	5.70	1.18	5.60	1.21	5.82	1.15
Atlético/a	4.28	1.75	4.60	1.60	3.88	1.84
Alegre	5.93	1.20	5.81	1.26	6.07	1.12
Desorganizado/a	4.09	1.79	4.24	1.71	3.90	1.87
Analítico/a	5.49	1.27	5.61	1.22	5.34	1.32
Tímido/a	3.85	1.81	3.88	1.77	3.82	1.87
Ineficiente	2.53	1.44	2.52	1.39	2.54	1.51
Toma decisiones fácilmente	4.85	1.61	5.00	1.57	4.67	1.66
Adorable	4.88	1.67	4.73	1.63	5.07	1.70
Dramático/a	3.84	1.91	3.31	1.84	4.51	1.79
Autosuficiente	5.57	1.35	5.48	1.37	5.68	1.31

Nota: n = 275; M = Media; DE = Desviación estándar; 1 = Nunca o casi nunca; 2 = Raramente; 3 = Infrecuentemente; 4 = Ocasionalmente; 5 = Frecuentemente; 6 = Usualmente; 7 = siempre o casi siempre

(continúa)

Tabla 2 *Datos descriptivos del Inventario de Roles de Sexo (continuación)*

Ítems	Total		Hombres		Mujeres	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Leal	6.51	.852	6.44	.880	6.58	.811
Feliz	6.19	1.17	6.12	1.24	6.29	1.07
Individualista	4.91	1.68	4.88	1.59	4.95	1.79
Habla suavemente	4.24	1.82	4.18	1.76	4.31	1.90
Impredecible	4.56	1.57	4.58	1.52	4.53	1.63
Masculino/a	4.64	2.39	6.39	1.09	2.45	1.65
Crédulo/a	3.55	1.85	3.88	1.82	3.13	1.81
Alguien de honor	5.60	1.32	5.95	1.04	5.16	1.50
Competitivo/a	5.71	1.41	5.98	1.17	5.37	1.60
Infantil	3.27	1.80	3.48	1.76	3.01	1.82
Agradable	5.81	1.17	5.73	1.26	5.92	1.05
Ambicioso/a	5.35	1.75	5.66	1.56	4.95	1.89
Que no usa lenguaje vulgar	3.74	2.07	3.57	2.01	3.96	2.13
Sincero/a	6.24	1.04	6.18	1.04	6.30	1.04
Actúa como líder	5.55	1.46	5.71	1.27	5.34	1.65
Femenino/a	3.70	2.52	1.84	1.55	6.03	1.21
Amigable	5.98	1.27	5.82	1.30	6.19	1.20

Nota: n = 275; M = Media; DE = Desviación estándar; 1 = Nunca o casi nunca; 2 = Raramente; 3 = Infrecuentemente; 4 = Ocasionalmente; 5 = Frecuentemente; 6 = Usualmente; 7 = siempre o casi siempre

Tabla 3

Datos descriptivos de la Encuesta de Opinión Sexual-6

Ítems	Total		Hombres		Mujeres	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Bañarme desnudo/a con una persona del sexo que me atrae podría ser una experiencia excitante	5.77	1.60	6.20	1.27	5.24	1.81
Masturbarme podría ser una experiencia excitante	4.82	1.85	5.25	1.62	4.29	1.98

Nota: n = 275; M = Media; DE = Desviación estándar; 1 = Totalmente en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Medianamente en desacuerdo; 4 = Sin opinión al respecto; 5 = Medianamente de acuerdo; 6 = De acuerdo; 7 = Totalmente de acuerdo

(continúa)

Tabla 3 *Datos descriptivos de la Encuesta de Opinión Sexual-6* (continuación)

Ítems	Total		Hombres		Mujeres	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Me resulta excitante pensar en tener una relación sexual	5.35	1.67	5.52	1.56	5.13	1.77
Sería una experiencia excitante acariciar mis genitales	4.24	1.88	4.42	1.79	4.01	1.98
Me agrada tener sueños sexuales	4.14	1.86	4.33	1.81	3.89	1.91
Siento curiosidad por el material de contenido sexual (libros, películas)	4.07	2.01	4.20	1.94	3.90	2.08

Nota: n = 275; M = Media; DE = Desviación estándar; 1= Totalmente en desacuerdo; 2 = En desacuerdo; 3 = Medianamente en desacuerdo; 4 = Sin opinión al respecto; 5 = Medianamente de acuerdo; 6 = De acuerdo; 7 = Totalmente de acuerdo

Tabla 4 *Datos descriptivos de la Escala de Asertividad Sexual*

Ítems	Total		Hombres		Mujeres	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Inicio las relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo	2.68	1.26	2.69	1.20	2.67	1.34
Le indico a mi pareja que me toque los genitales cuando así lo deseo	1.92	1.53	1.95	1.50	1.87	1.58
En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero a que me toque los genitales	2.77	1.24	2.76	1.22	2.79	1.28
En vez de indicarlo lo que quiero a mi pareja, espero a que acaricie mi cuerpo	2.44	1.28	2.48	1.23	2.40	1.35
Le indico a mi pareja que me estimule los genitales con su boca cuando así lo deseo	1.66	1.51	2.00	1.50	1.24	1.42
Espero a que mi pareja inicie el acercamiento sexual, por ejemplo, acariciar mi cuerpo	2.32	1.20	2.39	1.03	2.24	1.39
Si mi pareja me presiona, cedo y le beso, incluso si ya le he dicho que no	3.12	1.27	2.77	1.41	3.57	0.88

Nota: n = 275; M = Media; DE = Desviación estándar; 0 = Nunca; 1 = A veces; 2 = La mitad de las veces; 3 = Casi siempre; 4 = Siempre

(continúa)

Tabla 4 *Datos descriptivos de la Escala de Asertividad Sexual* (continuación)

Ítems	Total		Hombres		Mujeres	
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Si mi pareja lo desea, estímulo sus genitales con mi boca, incluso cuando no me apetece	2.69	1.47	2.27	1.50	3.22	1.23
Me niego a dejar que mi pareja acaricie mi cuerpo si no lo deseo, incluso cuando insiste	1.73	1.68	1.20	1.37	2.41	1.79
Tengo relaciones sexuales si mi pareja lo desea, incluso cuando no me apetece	2.65	1.49	2.11	1.48	3.32	1.20
Si he dicho que no, no dejo que mi pareja me toque los genitales, aunque me presione	1.90	1.72	1.37	1.47	2.57	1.77
Me niego a tener sexo si no me apetece, incluso si mi pareja insiste	2.08	1.68	1.43	1.45	2.89	1.61
Si a mi pareja no le gusta usarlos, tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de látex, incluso aunque yo prefiera utilizarlos	3.07	1.32	2.86	1.42	3.34	1.14
Si a mi pareja no le gusta usarlos, tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de látex, incluso aunque yo no quiera	3.14	1.30	2.98	1.36	3.34	1.19
Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar condón o barreras de látex	2.48	1.61	2.39	1.60	2.61	1.62
Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de látex	2.61	1.52	2.29	1.54	3.01	1.40
Insisto en usar condón o barrera de látex cuando quiero, incluso aunque mi pareja prefiera no usarlos	2.43	1.60	2.25	1.53	2.66	1.64
Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar condón o barreras de látex	1.87	1.69	1.59	1.61	2.21	1.73

Nota: n = 275; M = Media; DE = Desviación estándar; 0 = Nunca; 1 = A veces; 2 = La mitad de las veces; 3 = Casi siempre; 4 = Siempre

Características Psicométricas de los Instrumentos. En la tabla 5 se presentan los coeficientes de confiabilidad de los instrumentos: Inventario de Roles de Sexo (Vega, 2007) para medir la variable de tipología de género, la Encuesta de Opinión Sexual-6 (Vallejo et. al, 2016) para medir la variable erotofilia- erotofobia y la Escala de

Asertividad Sexual (Sierra, 2011) para medir la variable de asertividad sexual. Los coeficientes de Alpha de Cronbach se consideran aceptables para todos los instrumentos excepto la Escala de Asertividad Sexual que presentó un valor de .69. Como análisis adicional se detectó que los ítems 2, 5, 9 y 11 presentaron medias más bajas que el resto de los ítems de la Escala de Asertividad Sexual, esto indica que existen deficiencias en la capacidad de inicio y rechazo de las actividades sexuales en los estudiantes universitarios, ya que las preguntas corresponden únicamente a estas subescalas.

Tabla 5 *Consistencia interna de los instrumentos*

Instrumentos	Ítems	Alpha de Cronbach
Inventario de Roles de Sexo	60	.88
Escala de ítems femeninos en mujeres	20	.82
Escala de ítems femeninos en hombres	20	.80
Escala de ítems masculinos en mujeres	20	.81
Escala de ítems masculinos hombres	20	.80
Encuesta de Opinión Sexual-6	6	.86
Escala de Asertividad Sexual	18	.69

Nota: n = 275

Para dar respuesta al primer objetivo específico, conocer las diferencias en las variables erotofilia-erotofobia y asertividad sexual por sexo y tipología de género en los estudiantes universitarios se llevaron a cabo tres pasos. En primer lugar, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para comparar la erotofilia-erotofobia ($U = 7237.50, p < .001$) y asertividad sexual ($U = 14740.50, p < .001$) en los estudiantes universitarios. Los resultados muestran que existe una diferencia significativa en las variables con base en el sexo, ya que los hombres presentan mayor erotofilia y las mujeres mayor asertividad sexual.

En segundo lugar, se realizó una comparación de medias por la prueba de Kruskal-Wallis para conocer las diferencias que existen entre las tipologías de género y la erotofilia-erotofobia por sexo. Se encontraron diferencias en las medias de erotofilia-erotofobia entre las cuatro tipologías de género tanto para hombres ($X^2_{[3]} = 8.02, p = .046$) como para mujeres ($X^2_{[3]} = 8.76, p = .033$). Al hacer las seis comparaciones de erotofilia-erotofobia por pares de tipología de género con la prueba U de Mann Whitney, se observó que la erotofilia fue significativamente mayor en la tipología de género masculino en confrontación con la tipología de género indiferenciado ($U = 1671.00, p = .007$) y la tipología de género femenino ($U = 845.00, p = .003$). La erotofobia fue mayor en la tipología de género femenino con respecto de la tipología de género andrógino ($U = 1514.00, p = .007$).

En tercer lugar, se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para conocer las diferencias que existen entre las tipologías de género y la asertividad sexual por sexo. No se encontraron diferencias significativas en las medias de asertividad sexual entre las tipologías de género para hombres ($X^2_{[3]} = 5.44, p = .142$) ni para mujeres ($X^2_{[3]} = 4.67, p = .197$). Sin embargo, al realizar las comparaciones por pares con la prueba U de Mann-Whitney se observó que la asertividad sexual fue significativamente menor en la tipología de género femenino frente a la tipología de género masculino ($U = 966.00, p = .036$).

Para dar respuesta al segundo objetivo específico, que busca determinar la influencia del sexo y tipología de género sobre la asertividad sexual. Se realizó un modelo de regresión lineal simple considerando al sexo como variable independiente y a la asertividad sexual como variable dependiente, el cual fue significativo ($R^2 = .156, F$

$_{[1,273]} = 51.72, p < .01$). El estadístico de contraste de Bootstrap confirmó que el sexo influye significativamente sobre la asertividad sexual de los estudiantes universitarios ($B = 2.69$; $IC\ 95\% [8.52, 15.16], p < .018$), ser mujer aumenta la asertividad sexual.

En el análisis de la tipología de género y la asertividad sexual, no se encontró correlación entre la escala de ítems femeninos y la asertividad sexual ($r_s = .032, p = .594$), ni correlación para la escala de ítems masculinos y la asertividad sexual ($r_s = .000, p = .998$).

Para dar respuesta al tercer objetivo específico, que tiene como propósito determinar si el sexo y tipología de género influyen en la erotofilia-erotofobia en los estudiantes universitarios. Se realizó una regresión lineal simple considerando al sexo como variable independiente y la erotofilia-erotofobia como variable dependiente, la cual fue significativa ($R^2 = .038, F_{[1,273]} = 11.93, p < .001$). En la tabla 4 se aprecia que el sexo influye negativamente sobre la erotofilia-erotofobia, por lo que se puede decir que ser mujer disminuye 9.60 puntos la erotofilia-erotofobia de los estudiantes universitarios. Este hallazgo se confirma a través del estadístico de contraste de Bootstrap, ($B = -9.60$; $IC\ 95\% [-15.43, -3.92], p < .001$).

Con respecto a la tipología de género, no se encontró correlación entre la escala de ítems femeninos y la erotofilia-erotofobia ($r_s = .012, p = .842$), sin embargo, para la escala de ítems masculinos se encontró una relación débil positiva y significativa ($r_s = .226, p < .01$). Esto puede deberse a que las tipologías de género que tienen puntajes más elevados en la escala de ítems masculinos (tipologías de género masculino y andrógino) fueron también las categorías que presentaron mayor erotofilia en el análisis por pares.

Se realizó un modelo de regresión lineal múltiple considerando la tipología de

género como variable independiente y la erotofilia-erotofobia como variable dependiente, el cual fue significativo ($R^2 = .04$, $F_{[2,272]} = 6.68$, $p < .01$). El modelo de contraste Bootstrap confirma que pertenecer a la tipología de género masculino aumenta en 7.33 puntos la erotofilia-erotofobia de los estudiantes universitarios, se hace referencia a la tipología de género masculino, ya que es la única de las cuatro tipologías que se obtiene por únicamente presentar valores elevados en la escala de ítems masculinos ($B = 7.33$, $IC\ 95\% [3.10, 11.43]$, $p < .01$) (tablas 6 y 7).

Tabla 6 Modelo de regresión de tipología de género y erotofilia-erotofobia

Erotofilia-erotofobia	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	26.08	12.47	-	.03
Tipología de género				
Escala de ítems femeninos	-.49	1.86	-0.01	.79
Escala de ítems masculinos	7.33	2.02	.21	.01

Nota: Variable dependiente = erotofilia-erotofobia, $B = b$; $SE =$ Error estándar, $Beta =$ valor de beta; $n = 275$

Tabla 7 Modelo de regresión de tipología de género y erotofilia-erotofobia con "Bootstrap"

Erotofilia-erotofobia	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Bootstrap</i>	
				<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	26.08	12.85	.03	2.20	52.25
Tipología de género					
Escala de ítems femeninos	-.49	2.01	.80	-4.69	3.37
Escala de ítems masculinos	07.33	2.15	.00	3.10	11.43

Nota: Variable dependiente = erotofilia-erotofobia, $B = b$; $SE =$ Error estándar, $Beta =$ valor de beta; $n = 275$

El cuarto objetivo específico planteó describir la relación entre la erotofilia-erotofobia y asertividad sexual en jóvenes universitarios. Se llevó a cabo un análisis

correlacional de Spearman, ya que las variables no tuvieron una distribución normal. Se encontró que no existe correlación entre la erotofilia-erotofobia y la asertividad sexual ($r_s = -.091, p = .134$).

Para dar respuesta al objetivo general, determinar el efecto del sexo, tipología de género y erotofilia-erotofobia en la asertividad sexual, se ajustaron dos modelos de regresión lineal múltiple. El primero tomó como variables independientes el sexo, tipología de género y erotofilia-erotofobia y como variable dependiente la asertividad sexual. El modelo fue significativo ($F_{[4, 270]} = 12.61, p < .001$) y explicó el 17.5% de la varianza y demostró que la erotofilia-erotofobia no influye en la asertividad sexual de los estudiantes y que el sexo presenta mayor efecto sobre la asertividad sexual, el sexo de referencia para el modelo desarrollado fue mujer. Para confirmar los resultados se utilizó el estadístico de contraste de Bootstrap (tablas 8 y 9).

Tabla 8 *Modelo de regresión de sexo, tipología de género y erotofilia-erotofobia con asertividad sexual*

Asertividad sexual	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	37.71	11.82	-	.00
Sexo	14.12	1.82	.47	.00
Tipología de género				
Escala de ítems femeninos	-2.83	1.16	-.14	.01
Escala de ítems masculinos	3.17	1.29	.14	.01
Erotofilia-erotofobia	-.00	.03	-.01	.82

Nota: Variable dependiente = asertividad sexual, B = b; SE = Error estándar, Beta = valor de beta; n = 275

Tabla 9 Modelo de regresión de sexo tipología de género y erotofilia-erotofobia con asertividad sexual con “Bootstrap”

Asertividad sexual	Bootstrap				
	B	SE	p	IC 95%	
				Inferior	Superior
Constante	26.08	12.85	.03	2.20	52.25
Tipología de género					
Escala de ítems femeninos	-.49	2.01	.80	-4.69	3.37
Escala de ítems masculinos	7.33	2.15	.00	3.10	11.43
Erotofilia-erotofobia	-.00	.03	.82	-.08	.06

Nota: Variable dependiente = asertividad sexual, $B = b$; $SE =$ Error estándar, Beta = valor de beta; $n = 275$

En el segundo modelo, se eliminó manualmente la variable erotofilia-erotofobia, ya que no presentó significancia estadística y se explicó el 17.8% de la varianza ($F_{[3, 271]} = 20.78, p < .001$) (tabla 10). Se puede apreciar que el sexo tiene un efecto grande y significativo en la asertividad sexual ($B = 14.19, t = 7.88, p < .001$), lo que significa que ser mujer aumenta 14.9 puntos la asertividad sexual de los estudiantes universitarios, esto se puede deber a que las mujeres presentaron puntuaciones mayores de asertividad sexual que los hombres. La tipología de género presentó un efecto moderado y significativo sobre la asertividad sexual en los estudiantes universitarios con puntuación menor en la escala de ítems femeninos y puntuación mayor en la escala de ítems masculinos, que corresponden a la tipología de género masculino. Por lo que se concluye que ser mujer con una tipología de género masculino es un factor importante en la asertividad sexual de los estudiantes universitarios (tabla 11).

Tabla 10 *Modelo de regresión de sexo y tipología de género con asertividad sexual*

Asertividad sexual	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	37.38	8.02	-	.00
Sexo	14.19	1.79	.47	.00
Tipología de género				
Escala de ítems femeninos	-2.84	1.15	-.14	.01
Escala de ítems masculinos	3.13	1.27	.14	.01

Nota: Variable dependiente = asertividad sexual, *B* = *b*; *SE* = Error estándar, *Beta* = valor de beta; *n* = 275

Tabla 11 *Modelo de regresión de sexo, tipología género y asertividad sexual con “Bootstrap”*

Asertividad sexual						<i>Bootstrap</i>	
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>		
					<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>	
Constante	37.38	7.41	-	.00	23.26	52.05	
Sexo	14.19	1.85	.47	.00	10.45	17.72	
Tipología de género							
Escala de ítems femeninos	-2.84	1.13	-.14	.01	-5.02	-.60	
Escala de ítems masculinos	3.13	1.25	.14	.01	.64	5.50	

Nota: Variable dependiente = erotofilia-erotofobia, *B* = *b*; *SE* = Error estándar, *Beta* = valor de beta; *n* = 275

Discusión

En el presente capítulo se discuten los resultados de los cuatro objetivos específicos y del objetivo general. Posteriormente, se presentan las limitaciones del estudio, conclusiones y recomendaciones finales. El objetivo general del estudio fue determinar el efecto que tiene el sexo, tipología de género y erotofilia-erotofobia en la asertividad sexual en estudiantes universitarios de Monterrey, Nuevo León, usando como marco teórico el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender (2015).

En relación con las características de la población, la distribución de la tipología de género en los estudiantes universitarios es similar a la de Azmoude, Firoozi, Sadeghi-Sahebzaad y Asgharipour (2016) quienes encontraron principalmente individuos con tipología de género indiferenciado y andrógino, lo que difiere de la reportada por García-Vega et al. (2017) y Askin y Miman (2014), quienes reportan puntajes más elevados en las escalas de ítems femeninos y masculinos. Esto puede deberse a las diferencias socioculturales que existen entre México y otros países, ya que, a pesar de realizar estudios en estudiantes universitarios, los atributos considerados apropiados para hombres y mujeres pueden variar.

Con respecto al primer objetivo específico, conocer las diferencias en las variables erotofilia-erotofobia y asertividad sexual por sexo y tipología de género en los estudiantes universitarios. Se encontró que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres para ambas variables. Los hombres fueron más erotofílicos que las mujeres, esto es discordante de lo reportado por García-Vega et al. (2017) quienes no encontraron diferencias significativas entre el sexo y la erotofilia-erotofobia en estudiantes universitarios. La asertividad sexual fue mayor en las mujeres, esto coincide con lo expuesto por Jenkins y Roberts (2013) quienes señalan que las mujeres universitarias poseen niveles elevados de asertividad sexual, al igual que Osorio et al. (2017), quienes describen niveles promedio de asertividad sexual en una población mixta de estudiantes universitarios.

Para el análisis de las diferencias entre las tipologías de género y la erotofilia-erotofobia se encontraron diferencias significativas entre las tipologías de género masculino y andrógino frente a las tipologías de género indiferenciado y femenino. Congruente a lo anterior, García-Vega et al. (2017), señalan que los hombres con

tipología de género masculino son más erotofílicos y que las mujeres con tipología de género femenino son más erotofóbicas. De acuerdo con estos mismos autores, el modelo masculino de sexualidad que se encuentra arraigado en la sociedad se refleja en actitudes más positivas hacia los estímulos sexuales en los hombres, esto explica que las tipologías de género con más atributos masculinos son las que presentan actitudes más positivas hacia los estímulos sexuales.

No se encontraron diferencias significativas al analizar las diferencias por grupos entre la tipología de género y asertividad sexual, esto coincide con lo reportado por Azmoude et al. (2016), un hallazgo inesperado fue que al realizar la comparación por pares entre las tipologías de género solamente hubo una diferencia significativa entre la tipología de género femenino y masculino, siendo esta última más asertiva. Esto podría explicarse con lo señalado por Grose, Grabe y Kohfeldt (2014) quienes afirman que los hombres y mujeres que guardan perspectivas tradicionalistas sobre el género y los roles sexuales tienen menor autonomía sexual, lo que los lleva a menor asertividad sexual.

En función de los hallazgos encontrados para el segundo objetivo específico respecto a si el sexo y la tipología de género influyen sobre la asertividad sexual, los resultados muestran que de manera individual sólo el sexo tiene influencia.

Esto se asemeja a lo encontrado por Azmoude et al. (2016), quienes no encontraron una relación significativa entre la tipología de género y la asertividad sexual. Esto puede deberse a que la asertividad sexual requiere de otros factores para mediarse como el deseo y consentimiento sexual (Darden, Ehman, Lair & Grosse, 2018), por lo que una construcción social como es la tipología de género no influye directamente sobre ella.

Con respecto al tercer objetivo específico, en relación con la influencia del sexo

y tipología de género sobre la erotofilia-erotofobia, los resultados del estudio muestran que el sexo y la masculinidad influyen sobre la erotofilia-erotofobia. Una posible explicación es que los hombres obtuvieron mayores puntajes de erotofilia que las mujeres, ya que, de acuerdo con Lammers y Stoker (2018), las actitudes hacia los estímulos sexuales difieren fuertemente entre hombres y mujeres, diferencias que se ven ampliamente incrementadas por el poder social que se otorga a lo masculino. Las tipologías de género masculino y andrógino reflejan puntajes elevados de masculinidad en las características del comportamiento de los individuos, Casique-Rodríguez (2016) señala que el empoderamiento se encuentra fuertemente relacionado con la autonomía y toma de decisiones sexuales.

En lo que corresponde al cuarto objetivo específico, efecto de la erotofilia-erotofobia sobre la asertividad sexual, se encontró que no existe una relación entre la erotofilia-erotofobia con la asertividad sexual. Estos resultados difieren de lo reportado por Blanc, Sayas y Rojas (2016), quienes encontraron una correlación fuerte y significativa entre la erotofilia-erotofobia y la asertividad sexual en una población de mujeres migrantes y mujeres españolas. Las diferencias pueden deberse al cambio de población de estudio ya la sexualidad se ejerce de diferentes maneras de acuerdo con la cultura del país y la manera en que se imparte la educación sexual. Del mismo modo, los autores reportan que no existe correlación entre la erotofilia-erotofobia y la asertividad sexual en las mujeres trabajadoras del sexo comercial, debido a la exclusión social. Se esperaba encontrar una correlación ya que la teoría tomada como base para el presente estudio señala la importancia de los afectos relacionados con la actividad (erotofilia-erotofobia) y la conducta promotora de salud (asertividad sexual) ya que se basan en los factores personales y socioculturales de los individuos (Pender et al., 2015).

Por lo que se refiere al objetivo general, se encontró que el sexo tiene un efecto fuerte sobre la asertividad sexual, mientras que la tipología de género tiene un efecto moderado. Es importante mencionar que la tipología de género se encuentra mediada por el sexo ya que las construcciones socioculturales se forman a partir de las conductas que se consideran socialmente aceptables para hombres y para mujeres. Esto podría estar relacionado con lo mencionado por Robinson et al. (2017), señalan que las constantes inequidades de poder entre hombres y mujeres afecta la habilidad de toma de decisiones sexuales; por esto, a pesar de que las mujeres son sexualmente más asertivas, son aquellas con una tipología de género masculino quienes presentan niveles más altos de asertividad sexual. Esto explica que los hombres y mujeres que construyen su comportamiento con base en conductas masculinas cuentan con un factor de protección ante conductas sexuales de riesgo como lo es la asertividad sexual. Este hallazgo contribuye de manera significativa debido a que este estudio analizó el concepto de asertividad sexual desde una perspectiva de sexo y tipología género. Cabe destacar que esta relación no había sido estudiada con anterioridad de esta manera y brinda una buena herramienta para diseñar intervenciones futuras basadas en el empoderamiento.

El MPS (Pender et al., 2015) permitió abordar la temática tomando en cuenta los factores personales y socioculturales de los individuos, así como los afectos relacionados con la actividad, lo que permitió dar una perspectiva de género a la asertividad sexual como conducta promotora de salud. Las relaciones establecidas por el modelo permitieron explicar la varianza explicada de la asertividad sexual de manera favorable.

Conclusiones

La mayoría de los estudiantes universitarios reportaron haber iniciado vida sexual al momento del estudio, 1 de cada 10 estudiantes universitarios señaló no haber tenido ningún tipo de relación sexual.

Dentro de las tipologías de género, predomina la tipología de género indiferenciado, seguida de la tipología de género andrógino. Es importante destacar que estas tipologías son mutuamente opuestas, los individuos con tipología de género indiferenciado no cuentan con un esquema conductual ni femenino ni masculino, mientras que los individuos con tipología de género andrógino cuentan con un esquema conductual tanto femenino como masculino.

El sexo influye positivamente en la asertividad sexual de los estudiantes universitarios: las mujeres son sexualmente más asertivas que los hombres. Se encontró también que los atributos socialmente concebidos como femeninos tienen un efecto negativo sobre la asertividad sexual: a menor feminidad, mayor asertividad sexual; mientras que a mayor masculinidad mayor asertividad sexual.

Con respecto a la erotofilia-erotofobia, se encontró que los hombres tienen mayor erotofilia y que las mujeres tienen mayor erotofobia. La masculinidad tiene un efecto significativo sobre la erotofilia-erotofobia: a mayor masculinidad, mayor erotofilia.

La erotofilia-erotofobia no tiene efecto sobre la asertividad sexual en los estudiantes universitarios.

Referencias

- American Psychological Association (APA, 2018). Respuestas a sus preguntas sobre las personas trans, la identidad de género y la expresión de género. Recuperado de: <https://www.apa.org/topics/lgbt/brochure-personas-trans.pdf>
- Askin, N. & Miman, M. (2014). Bem Sex Inventory – Means and SD of the BSRI ítems among Turkish male and female university students in Mersin. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 113. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.01.030
- Azmoude, E., Firoozi, M., Sadeghi Sahebzad, E. & Asgharipour, N. (2016). Relationship between gender roles and sexual assertiveness in married women. *IJCBNM*. 4 (4): 363-373. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5045980/>
- Baiz Quintana, J., Morales Calatayud, F. & Pereyra Lanterna, L. (2016). Aspectos psicosociales de la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios. *Salud & Sociedad*, 7 (2), 180-195. Recuperado de: www.redalyc.org/pdf/4397/439747576004.pdf
- Bem, S. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 42 (2), 155-162 Recuperado de: <http://pdfs.semanticscholar.org/55e1/14e068e0f4f30c8503e9bfeb43b9f697f591.pdf>
- Bermúdez, M. P., Ramiro-Sánchez, T., & Ramiro-Sánchez, M. T. (2014). Capacidad predictiva de la erotofilia y variables sociodemográficas sobre el debut sexual. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 5, 55-70. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/303959617_Capacidad_predictiva_de_la_erotofilia_y_variables_sociodemograficas_sobre_el_debut_sexual

- Blanc, A., Rojas, A. J., & Sayans-Jiménez, P. (2016). Erotofobia-erotofilia, asertividad sexual y deseo sexual de las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución. *Revista Internacional de Andrología*, 133, 1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/nj.androl.2016.07.002>
- Burns, N. & Grove, S. K. (2012). Investigación en enfermería. Barcelona, España: Elsevier.
- Cardona-Arias, J. A., & Higueta-Gutiérrez, L. F. (2014). Impacto del VIH/SIDA sobre la calidad de vida: metaanálisis 2002-2012. *Revista Española Salud Pública*, 1, 87-101. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000100006>
- Casique-Rodríguez, I. (2016). Dimensiones entrelazadas: empoderamiento y actitudes de los adolescentes mexicanos respecto al uso del condón masculino. *Revista Latinoamericana de Población*, 10 (19), 149-168. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323849595008>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida [CENSIDA]. (2018). Vigilancia epidemiológica de casos del VIH y Sida en México. Registro nacional de casos de SIDA, Actualización al cierre del 2018. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/459727/RN_Cierre_2018.pdf
- Coello, M. T. & Fernández, J. (2011). Actitudes hacia las mujeres de los esquemáticos frente a los no esquemáticos de género. *Psicothema*, 23, 180-188. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=7271769003>
- Consejo Nacional de Población [CONAPO]. (2016). Salud sexual y reproductiva. Recuperado de: <https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/salud-sexual-y->

reproductiva

Darden, M., Ehman, A., Lair, E. & Grosse, A. (2018). Sexual compliance: Examining the relationships among sexual want, sexual consent and sexual assertiveness.

Sexuality and culture. doi: 10.1007/512119-018-9551-1

Dulock, H. L., & Holzemer, W. L. (1990). Substruction: improving the linkage from theory to method. *Nursing Science Quarterly*, 4:2, 83-87.

doi:10.1177/089431849100400209

Emmerink, P., Vanwesenbeeck, I., van den Eijnden, R. & ter Bogt, T. (2016)

Psychosexual Correlates of Sexual Double Standard Endorsement in Adolescent Sexuality. *The Journal of Sex Research*, 53 (3), 286-297, doi:

10.1080/00224499.2015.1030720

Fisher, W.A., Byrne, D., White, L. A. & Kelley, K. (1988). Erotophobia-Erotophilia as a Dimension of Personality. *The Journal of Sex Research*, 25 (1), 123-15. doi:

<http://dx.doi.org/10.1080/00224498809551448>

Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA]. (2016). Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes. Recuperado de:

<https://mexico.unfpa.org/es/topics/salud-sexual-y-reproductiva-en-adolescentes-y-jovenes>

García-Vega, E., Rico, R., & Fernández, P. (2017). Sex, gender roles and sexual attitudes in university students. *Psicothema*, 29(2), 178–183.

<https://doi.org/10.7334/psicothema2015.338>

Grose, R. G., Grabe, S. & Kohfeldt, D. (2014). Sexual education, gender ideology and youth sexual empowerment. *Journal of Sex Research*, 51 (7), 742-753. doi:

10.1080/00224499.2013.809511

Jenkins, C., & Roberts, B. (2013). An exploratory study of sexual assertiveness and characteristic of African American women in negotiating condom use at an HBCU. *Journal of Cultural Diversity*, 20(3), 139-145. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24279130>

Lammers, J., & Stoker, J. I. (2018). Power Affects Sexual Assertiveness and Sexual Esteem Equally in Women and Men. *Archives of Sexual Behavior*.
doi:10.1007/s10508-018-1285-5

Morokoff, P. J., Quina, K., Harlow, L. L., Whitmire, L., Grimley, D. M., Gibson, P. R., & Burkholder, G. J. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(4), 790–804. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.4.790>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). ¿Qué es la promoción de la salud? Preguntas y Respuestas. Recuperado de: <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: enfoque operativo. Recuperado de:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

Osorio, A., Álvarez, A., Hernández, V. M., Sánchez, M. & Muñoz, L. R. (2017). Relación entre asertividad sexual y autoeficacia para prevenir el VIH / SIDA en jóvenes universitarios del área de la salud. *Revista Iberoamericana para la*

Investigación y el Desarrollo Educativo, 7, doi:

<http://dx.doi.org/10.23913/ride.v7i14.264>

Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M.A., (2015). *Health Promotion in Nursing Practice. Individual Models to Promote Health Behavior*, Upper Saddle, United States: Pearson Education, Inc.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA, 2018). La epidemia del VIH y Sida en México. Hoja Informativa. Recuperado de:
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf

Rangel, Y., & García, M. (2010). Influencia del rol de género en las formas de canalización de violencia en estudiantes universitarios mexicanos. En XI Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis 2010, 1-28 de febrero de 2010. Recuperado de: <https://psiquiatria.com/urgencias-psi/influencia-del-rol-de-genero-en-las-formas-de-canalizacion-de-violencia-en-estudiantes-universitarios-mexicanos/>

Robinson, J., Narasimhan, M., Amin, A., Morse, S., Beres, L., Yeh, P. & Kennedy, C. (2017). Interventions to address unequal gender and power relations and improve self-efficacy and empowerment for sexual and reproductive health decision-making for women living with HIV: A systematic review. *PLoS ONE* 12(8). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180699>

Secretaría de Salud [SS]. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Recuperado de:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Sierra, J. C., Vallejo-Medina, P. & Santos-Iglesias, P. (2011). Propiedades psicométricas

de la versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS). *anales de psicología*, 27(1). Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/237025453_Propiedades_psicometricas_de_la_version_espanola_de_la_Sexual_Assertiveness_Scale_SAS

Vallejo-Medina, P., Marchal-Bertrand, L., Gómez-Lugo, M., Espada, J. P., Sierra, J. C., Soler, F. & Morales, A. (2016). Adaptation and validation of the brief sexual opinion survey (SOS) in a Colombian sample and factorial equivalence with the Spanish version. *PLoS ONE*, 11(9), doi: 10.1371/journal.pone.0162531

Vega, V. (2007). Adaptación argentina de un inventario para medir la identidad de rol de género. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (3). Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/805/80539307.pdf>

CAPITULO 7

PROVISION SOCIAL DE AMIGOS, FAMILIA O PAREJA Y PROVEEDOR DE SALUD PARA SEXO SEGURO

Raquel Alicia Benavides Torres

Sandra Paloma Esparza Dávila

Dora Julia Onofre Rodríguez

Introducción

Los embarazos no deseados, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluyendo las infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), son problemas de salud sexual y reproductiva que hoy en día afectan mayormente a la población de 15 años en adelante (UNAIDS, 2023)

Cada año dan a luz alrededor de 21 millones de adolescentes entre 15 y 19 años, lo que equivale a aproximadamente un 11% de todos los nacimientos registrados en el mundo. Debido a esta causa el riesgo de morir por embarazo es mucho mayor en este grupo poblacional (World Health Organization: WHO, 2024). Asimismo, cada año se producen 210 mil casos nuevos de ITS en adolescentes (HIV Data and Statistics, 2024), donde las infecciones por VIH se han convertido en la novena causa de muerte a nivel mundial

(World Health Organization: WHO, 2024), resultandos infectados alrededor de 730 mil adolescentes (Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2024.)

Además, es importante destacar que la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Around 80 Adolescents Will Die of AIDS Every Day by 2030, at Current Trends – UNICEF, 2018) proyecta que para el año 2030 más de 360 mil de adolescentes de todo el mundo podrían contraer VIH/Sida.

En México existen aproximadamente 375,296 de casos acumulados de Sida, en donde más de 779 corresponden a adolescentes de 10 a 14 años (la Prevención y Control del VIH y el Sida, 2024). Si consideramos que en México para el año 2013 residen 10.9 millones de adolescentes de 15 a 19 años, que representan el 8.7% de la población total del país (Consejo Nacional de Población de Estadística y Geografía, 2020) podemos afirmar que en años futuros este se puede convertir en un problema grave de salud.

La OMS ha definido a la etapa de la adolescencia como aquella que se acompaña de profundos cambios biopsicosociales de ajuste a un ambiente cambiante y en ocasiones hostil. Es en esta etapa se replantea la definición personal y social del ser humano a través de cambios que movilizan los procesos de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de vida (Alderman et al., 2019). Los adolescentes se encuentran en una búsqueda constante de nuevas experiencias, siendo común que se involucren en conductas de riesgo, destacando las de tipo sexual. Es importante destacar que en esta etapa es común que no analicen las consecuencias de su conducta sexual para tomar decisiones en forma responsable.

Una de las conductas sexuales de riesgo que se ha hecho más común es el inicio de vida sexual a temprana edad, se estima que, a nivel mundial, la edad promedio es de 14.2 años (Lindberg et al., 2019); muy similar a lo reportado en México ya que los adolescentes inician su vida sexual aproximadamente de los 12 a 19 años, destacando que poco más del 23.6% de los hombres y de 22% de las mujeres, han referido tener relaciones sexuales (De Salud, 2023)

Otra conducta es que no se utiliza condón en cada relación sexual, en 2023, del total de adolescentes sexualmente activos, en su primera relación solo 83% de los hombres y 70% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual (De Salud, 2023). Además de aquellas conductas sexuales con múltiples parejas y bajo los efectos del alcohol y/o drogas (Rodríguez-Pérez & Becerra-Hernández, 2022)

Ante tales conductas sexuales de riesgo, el adolescente puede optar por acciones para tener la capacidad de afrontarlas, esta característica se llama resiliencia.

Desde la Neurociencia se considera que las personas más resilientes tienen mayor equilibrio emocional frente a las situaciones de estrés, soportando mejor la presión. Esto les permite una sensación de control frente a los acontecimientos y mayor capacidad para afrontar retos (Andrómaco, 2023; KW Foundation, 2023).

Con una visión más amplia, la resiliencia ha sido definida como el resultado de la combinación o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que posibilitan la superación de riesgos y la adversidad de forma constructiva (Galaz & Ayala, 2022). El concepto de resiliencia implica un conjunto de habilidades y actitudes que promueven un proceso de adaptación

y transformación exitosa a pesar de los riesgos existentes (Melillo, Ojeda & Rodríguez, 2004). (Thematic Review: Transformation Towards Sustainable and Resilient societies-Building Resilience | Department of Economic and Social Affairs, 2021). Con respecto a la sexualidad, cuando se tienen conductas con recursos suficientes como decisión, análisis de situaciones de riesgo para el sexo seguro, se conoce como resiliencia (Clay, 2022). Para el logro de la resiliencia sexual, el adolescente puede tener factores protectores que funcionan como amortiguadores mismos que pueden ser tomados de su red social, la cual se compone de familia, amigos, proveedores de salud y pareja) (Department of Public Health,2024)

La forma en la que los adolescentes se conectan con su mundo social influye en su salud y desarrollo, protegiéndolos de conductas de alto riesgo. Más, sin embargo, cabe destacar que no todos los adolescentes inician esta importante etapa de su vida con los mismos recursos personales y sociales. En este sentido, uno de los principales recursos con los que dispone el adolescente es el apoyo que percibe de su red social (Steiner et al., 2019) Mediante este planteamiento las relaciones que se establecen entre las personas permiten minimizar los efectos adversos de diferentes situaciones estresantes, a través del apoyo.

El apoyo que proviene de las redes sociales es referido como apoyo social. Es un conjunto de aportaciones de tipo de emocional, material, informacional o de compañía que la persona. Disponer de personas de confianza a las que les puedan expresar emociones y/o problemas o simplemente tener la sensación de ser escuchados y aceptados como personas, ha demostrado tener un fuerte impacto en la capacidad de las personas para afrontar adecuadamente situaciones difíciles y estresantes (Acoba, 2024).

Partiendo de esta perspectiva, cuando el apoyo social se brinda de manera adecuada, puede considerarse como un recurso necesario para la adaptación del sujeto a las exigencias del medio ambiente, convirtiéndose en un aspecto clave para el desarrollo de los adolescentes (Rodríguez-Fernández et al., 2021). Diversos autores en sus investigaciones señalan que las personas en condición de riesgo que se sienten apoyadas por sus amigos y familiares tienen menor probabilidad de presentar consecuencias adversas para su salud y mantienen un mayor ajuste resiliente (Yang et al., 2022)

Sin embargo, no todas las personas que conforman la red social constituyen una fuente de apoyo para el logro de una conducta resiliente. Ejemplo de esto es que se ha encontrado que el apoyo social percibido de los amigos no siempre es un factor protector, sin embargo, cuando se refiere al apoyo social de los padres, los estudios muestran de manera consistente que promueven las conductas sexuales resilientes (Dutton et al., 2020). Ante este dilema, Luo et al. (2023) han demostrado que el apoyo social mediante el empleo de las redes sociales disponibles impacta positivamente sobre el bienestar, más no sobre las conductas que las personas puedan llevar a cabo.

De acuerdo con lo anterior y en base a la literatura se puede apreciar que el apoyo social es un factor de protección en las conductas sexuales resilientes, sin embargo, se reportan inconsistencias, ya que no queda claro si el apoyo percibido por los amigos y la pareja funge también como factor protector para el sexo seguro. Cuando se trabaja con los adolescentes, es fundamental tomar en cuenta la calidad de las relaciones con los que integran su red social. Por lo que conocer la influencia del apoyo social percibido por el adolescente en la conducta sexual resiliente es de especial importancia para los proveedores de salud en especial los profesionales de enfermería.

Es importante que las enfermeras que trabajan con adolescentes presten una atención integral ya que en ocasiones sólo se centra en aspectos problemáticos externos y no en aquellos que pueden cambiar su comportamiento. El profesional de enfermería puede utilizar los resultados del presente estudio para construir enunciados relacionales entre estos dos constructos que permitan establecer de manera más concisa aquellos que deben de ser revisados en la teoría.

Asimismo, la realización de este estudio permitirá generar información que sea de utilidad para diseñar intervenciones de enfermería más específicas que involucren a los referentes de apoyo más importantes para el adolescente. De tal manera que la enfermera(o) pueda sugerir programas de prevención y promoción en la salud del adolescente, enfocados en las redes de apoyo social para mantener y/ o incrementar una conducta óptima y minimizar los riesgos, destacando los de tipo sexual.

De igual forma enfermería podría con esta información propiciar el fortalecimiento de estas redes que ayuden al adolescente a generar conductas sexuales resilientes. De acuerdo con lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la influencia del Apoyo Social Percibido para Sexo Seguro en la Resiliencia Sexual de adolescentes del Área Metropolitana de Monterrey.

Objetivo general. Determinar la influencia del Apoyo Social Percibido para Sexo Seguro en la Resiliencia Sexual de adolescentes del área metropolitana de Monterrey.

Objetivos específicos

1. Describir el Apoyo Social Percibido (Familia, Amigos, Pareja y Proveedores de Salud) para Sexo Seguro.

2. Describir la Resiliencia Sexual (Competencia Personal y Aceptación de sí mismo y de la vida) de los adolescentes.
3. Examinar la relación que existe entre el Apoyo Social Percibido para Sexo Seguro y la Resiliencia Sexual de los adolescentes.

Metodología

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

Diseño del estudio. Se utilizó un diseño descriptivo correlacional (Burns & Grove, 2012). Descriptivo porque describe el apoyo social percibido para sexo seguro y la resiliencia sexual en el adolescente.

Correlacional, porque se busca examinar la influencia entre el Apoyo Social Percibido (Familia, Amigos, Pareja y Proveedores de Salud) y la Resiliencia Sexual de los adolescentes. La variable independiente fue el Apoyo Social Percibido para Sexo Seguro y la dependiente fue la Resiliencia Sexual del adolescente de acuerdo con el género.

Población, muestra y muestreo. La población estuvo conformada por adolescentes de 14 a 17 años de una preparatoria de una institución pública del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. El tamaño de la muestra fue de 202, el cual fue calculado mediante el programa estadístico nQuery Advisor ® versión (Elasshoft, Dixon & Crede, 2000), estimado para una prueba de regresión lineal múltiple con un coeficiente de

determinación de .09, un nivel de confianza del 95% y una potencia del 90%. El muestreo fue aleatorio simple.

Criterios de exclusión. Adolescentes en unión libre o casados.

Instrumentos de medición. El llenado de los instrumentos se realizó a través del portal SurveyMonkey, el cual es una base de datos flexible para la recolección y análisis de datos en línea.

Cédula de datos sociodemográficos. Consta de los siguientes datos: edad en años cumplidos, sexo, semestre, conocer si el adolescente se encuentra en una relación de noviazgo o está soltero.

Escala Provisión Social para Sexo Seguro. En relación con la variable de Apoyo Social Percibido para Sexo Seguro se utilizó la escala Provisión Social para Sexo Seguro (Darbes & Lewis, 2005) la cual fue adaptada de la Social Provisions Scale (Cutrona & Russell, 1987). La escala mide la percepción de Apoyo de la Familia, Pareja, Amigos y Proveedores de Salud para la conducta de prevención de VIH. Contiene 77 reactivos, de los cuales 19 corresponden al Apoyo Familiar, 22 a Apoyo de Pareja, 18 Apoyo de Amigos y el resto para el apoyo de los proveedores de salud. Un ejemplo de reactivo es, mi familia y yo compartimos las mismas actitudes y creencias sobre la práctica de sexo seguro.

Las respuestas están en escala tipo Likert de 1 a 5; 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = de acuerdo y 5 = totalmente de acuerdo. La puntuación total es de 77 a 385. Una mayor puntuación indica mayor

percepción de apoyo. La escala reportó un Alpha de Cronbach de .94 y un Test-retest a los 6 meses ($r = .81$) (Castillo, 2012).

Escala Resiliencia Sexual en el adolescente. Para la variable de resiliencia sexual en el adolescente se utilizó la escala de Resiliencia para Sexo Seguro (Wagnild & Young, 1993). La escala mide el nivel de resiliencia para sexo seguro, la cual está formada por 22 ítems. Un ejemplo de reactivo es, me esforzaría lo suficiente para practicar sexo seguro.

Las respuestas están en escala tipo Likert que va de 1 a 5, 1 = muy en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = indeciso (ni en acuerdo, ni en desacuerdo), 4 = de acuerdo y 5 = muy de acuerdo, con rango de 22 a 110, a mayor puntaje se indica un alto nivel de resiliencia. La escala se compone de dos subescalas, la primera es de Competencia Personal que consiste en 18 reactivos (1 - 6, 9, 10, 12 - 14, 16 - 22) y la subescala.

Aceptación de sí mismo y de la vida se compone de 4 reactivos (7, 8, 1, 15). Este instrumento se tradujo al español con el método Back-Translation, este procedimiento se llevó a cabo en una muestra de mujeres latinas cuyo origen era mexicano. Asimismo, se realizó la validez de constructo a través de un análisis de extracción factores por componentes principales.

El primer factor competencia personal consta de 18 ítems y explica el 41% de la varianza total y el segundo factor aceptación de sí mismo y la vida, consta de 4 ítems y explica el 7% de la varianza total. Presenta un coeficiente de confiabilidad de .94 (Castillo, 2012).

Procedimiento de recolección de información. Para la realización del presente estudio se solicitó la aprobación de las comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Se pidió la autorización de los directivos de la preparatoria correspondiente. Una vez obtenida la aprobación se solicitó las listas del total de estudiantes, posterior a ello se seleccionaron a los adolescentes de manera aleatoria. Hecho este procedimiento se acudió a las aulas para invitar a los adolescentes seleccionados a participar en el estudio de investigación, se les explicó que fueron seleccionados al azar. Una vez expuesto esto, se llamó a cada adolescente seleccionado a un aula y se le explicó que un requisito primordial para su participación era que no estuviera casado y que no viviera en unión libre.

Posteriormente y si reunió los requisitos se le dio a conocer el propósito del estudio y a los que aceptaron participar se les proporcionó un consentimiento informado para que fuera firmado por los padres y un asentimiento.

para que el adolescente lo firmara, estos documentos fueron entregados en la visita subsecuente; en la cual se les pidió un correo para enviar mediante un link del portal SurveyMonkey la cédula de datos, la escala de Apoyo Social Percibido y la escala de Resiliencia Sexual. Para el llenado de estos documentos se dio como fecha límite dos días y a manera de recordatorio se envió correos. Se aclaró que, una vez contestados los instrumentos, el correo fue eliminado del portal SurveyMonkey. En caso de que no cuenten con computadora en su hogar se gestionó un aula en la preparatoria para que lo hagan en alguna hora libre.

Consideraciones éticas. Para la realización del estudio se tomó en cuenta lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para

la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 1987), de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Conforme al Título Segundo, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, Artículo 13 que estipula el respeto la dignidad y protección de los derechos y bienestar; se respetó a los participantes en el estudio de investigación mediante el establecimiento de la privacidad de la información y anonimato de su participación ya que las encuestas fueron llenadas en un medio en el que el participante se sintió cómodo y tranquilo, ya fuera en casa o un establecimiento que contara con Internet, además los datos de identificación, no fueron requeridos.

En lo referente al Artículo 14, Fracción V y el artículo 20 y 21, fracciones I, II, VI, VII y VIII y IX y Capítulo III, De la Investigación en menores de edad, Artículo 35 y 36 se entregó por escrito un consentimiento informado y un asentimiento al adolescente (Apéndice D y E) a los padres para que autorizaran la participación del adolescente. Este documento explicó el propósito, los criterios de selección de los participantes y el procedimiento. Además, se estableció con claridad que la participación en el estudio era voluntaria y que si el participante decidía retirarse no tendría ninguna sanción ni repercusión.

Para el cumplimiento del artículo 14, fracción VIII, el estudio de investigación fue sometido a las comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León para que pudiera ser implementado.

Con respecto al Artículo 16 referente a la protección de la privacidad y confidencialidad de los participantes, fue importante destacar que, aunque se pidió un correo para enviarles

un link donde realizaron el llenado de las encuestas, este sólo sería utilizado por el investigador principal, por lo que la identificación por medio del correo electrónico no sería expuesta con los demás participantes, autoridades de la institución o sus padres. Una vez realizado este proceso, los correos fueron eliminados del portal SurveyMonkey.

De acuerdo al Artículo 17, se consideró un estudio de riesgo mínimo, ya que se trataron aspectos conductuales y de percepción acerca de sexo seguro por lo que esto pudo generar estrés por parte de los participantes al momento del llenado. En base a esto se previó darles una tarjeta con un número de teléfono a donde se pudieran comunicar en caso de que requirieran apoyo.

Conforme al Capítulo V, De la Investigación en Grupos Subordinados, Artículo 57, se entendió que la población de adolescentes de una preparatoria fue considerada como grupo subordinado ya que fueron estudiantes. De acuerdo al artículo 58, Fracción I y II, se le hizo saber al participante que no habría repercusión alguna en situaciones escolares o de cualquier índole en caso de no aceptar participar y si deseaban retirarse sería de la misma manera.

En lo que respecta al Título Quinto, De las Comisiones Internas en las Instituciones de Salud, Capítulo Único, Artículo 98, la preparatoria que se tenía contemplada para el estudio de investigación se consideró como una unidad orgánicamente estructurada en donde se llevó a cabo el estudio de investigación.

Estrategia de análisis de los datos. El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 17.0. La captura de los datos fue mediante el portal Survey Monkey, posteriormente se pasaron a

Excel y se exportaron a la base de datos SPSS para su análisis. Una vez que la base de datos estaba completa, se utilizó estadística descriptiva, se obtuvieron frecuencias absolutas y porcentajes para las variables categóricas y medidas de tendencia central y variabilidad para las variables numéricas. Para analizar la distribución de las variables se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para variables numéricas con Corrección de Lilliefors.

Para el objetivo específico uno y dos que consistieron en describir el Apoyo Social Percibido (Familia, Amigos, Pareja y Proveedores de Salud) para Sexo Seguro y Resiliencia Sexual (Competencia Personal y Aceptación de sí mismo y de la vida) de los adolescentes se utilizó la estadística descriptiva y se obtuvieron medidas de tendencia central y variabilidad.

Para el objetivo específico tres acerca de examinar la relación que existe entre el Apoyo Social Percibido para Sexo Seguro y la Resiliencia Sexual de los adolescentes se utilizó la prueba de Correlación de Spearman.

Con respecto a la hipótesis que afirma que existe diferencia en el Apoyo Social Percibido para Sexo Seguro (Familia, Amigos, Pareja y Proveedores de Salud) de acuerdo con el género del adolescente se utilizó la prueba U de Mann-Whitney.

Para cumplir con el objetivo general que es determinar la influencia del apoyo social percibido para sexo seguro en la resiliencia sexual en adolescentes del área metropolitana de Monterrey, se utilizó una prueba de Regresión Lineal Múltiple.

Resultados

En el presente capítulo se muestran los resultados de las características de los participantes y de las variables de estudio. Posteriormente los resultados del análisis efectuado para evaluar la consistencia interna de los instrumentos y sus subescalas. Asimismo, los resultados de la prueba de normalidad de las variables del estudio.

Finalmente se presentan los resultados de la Correlación de Spearman, U de Mann-Whitney y Prueba de Regresión Lineal Múltiple, utilizadas para responder al objetivo general, los objetivos específicos e hipótesis.

Características de los participantes. La muestra fue de 202 adolescentes de una preparatoria técnica del área metropolitana de Monterrey. El estudio se conformó por adolescentes de 14 a 17 años (= 15 años, DE = .663), predominó el género femenino (67.3%). En relación con la situación sentimental el 70.3% estaba sin pareja. El 73.3% se encontraba cursando el primer semestre (Ver tabla 1).

Tabla 1 *Características de los participantes*

Variable	<i>f</i>	%
Sexo		
Femenino	136	67.3
Masculino	66	32.7
Situación sentimental		
Relación de noviazgo	60	29.7
Sin pareja	142	70.3

(Continuación...)

Variable	<i>f</i>	%
Semestre		
1	148	73.3
2	16	7.9
3	37	18.3
4	1	.5

Nota: f = Frecuencia; % = Porcentaje.

Estadística descriptiva. En la Tabla 2 se muestra la estadística descriptiva y el resultado de la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors para la variable de estudio Apoyo Social Percibido para Sexo Seguro (Apoyo de Familia, Pareja, Amigos y Proveedores de Salud).

Las subescalas de Apoyo de Familia ($D^a = .055, p < .20$), Apoyo de Amigos ($D^a = .055; p < .20$) y Apoyo de los Proveedores de Salud ($D^a = .055, p < .20$) se distribuyeron normalmente. Las variables restantes no presentaron normalidad. Se puede apreciar que en general el apoyo que perciben los adolescentes es alto ya que en todas las subescalas: Familia, Pareja, Amigos y Proveedores de Salud la media está por encima del punto intermedio.

Tabla 2. *Estadística descriptiva y resultado de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para la variable Apoyo Social Percibido para Sexo Seguro*

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Apoyo Social Percibido	3.79	3.80	.44	2.45	4.95	.061	.068
Apoyo de la Familia	3.73	3.76	.61	1.63	5.00	.055	.200
Apoyo de la Pareja	3.88	3.90	.66	1.36	5.00	.096	.000
Apoyo de los Amigos	3.67	3.66	.54	2.00	4.78	.055	.200
Apoyo de los Proveedores de Salud	3.87	3.88	.59	2.33	5.00	.054	.200

Nota: *Media*=Promedio aritmético; *Mdn* = Mediana; *DE*= Desviación estándar;

D^a= Estadístico de la Prueba de Normalidad de K-S con Corrección de Lilliefors

En la Tabla 3 se muestra la estadística descriptiva y el resultado de la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors para la variable de estudio Resiliencia Sexual (Competencia Personal y Aceptación de sí mismo y de la vida). Los resultados muestran que las subescala de Competencia Personal tiene una distribución no normal ($D^a = .088, p < .001$) al igual que la subescala Aceptación de sí mismo y de la vida ($D^a = .138, p < .001$). De igual forma la variable de Resiliencia Sexual presentó media por encima del punto intermedio.

Tabla 3 *Estadística descriptiva y resultado de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para la variable Resiliencia Sexual*

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Máx</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Resiliencia Sexual	3.94	4.00	.54	2.23	5.00	.062	.054
Competencia personal	3.91	4.00	.62	1.61	5.00	.088	.001
Aceptación de sí mismo y de la vida	4.09	4.25	.82	1.00	5.00	.138	.001

Nota: *Media*=Promedio aritmético; *Mdn* = Mediana; *DE*= Desviación estándar; *D^a*= Estadístico de la Prueba de Normalidad de K-S con corrección de Lilliefors

Consistencia interna de los instrumentos. Previo al análisis estadístico se analizó la consistencia interna de los instrumentos escala Provisión Social para Sexo Seguro (Cutrona & Russell, 1984; Dares & Lewis, 2005) y escala de Resiliencia para Sexo Seguro (Wagnild & Young, 1993) por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach, en donde todos los instrumentos de medición presentaron valores aceptables (Ver tabla 4).

Tabla 4 *Consistencia interna de los instrumentos*

Instrumentos	Reactivos	Alfa de Cronbach
Escala Provisión Social para Sexo Seguro	77	.94
Apoyo Familiar	19	.86
Apoyo Pareja	22	.93
Apoyo Amigos	18	.85
Apoyo Proveedor de Salud	18	.90
Escala de Resiliencia para Sexo Seguro	22	.87
Competencia Personal	18	.89
Aceptación de sí mismo y la vida	4	.74

Nota: *n* = 202

Estadística inferencial. A continuación, se muestran los resultados de las pruebas de estadística inferencial, las cuales fueron prueba de coeficiente de Correlación de Spearman, prueba U de Mann-Whitney y Modelo de Regresión Lineal Múltiple.

En relación con el objetivo específico tres que consistió en examinar la relación que existe entre Apoyo Social Percibido para Sexo Seguro (apoyo de la Familia, Pareja, Amigos y Proveedores de Salud) y la Resiliencia Sexual (Competencia Personal y Aceptación de sí mismo y de la vida) de los adolescentes se llevó a cabo la prueba de Correlación de Spearman, los resultados se muestran en la Tabla 5.

Se encontró una correlación significativa entre el Apoyo Social Percibido y la Resiliencia Sexual ($r^2 = .54, p < .01$). Con base en lo anterior se determina que a mayor Apoyo Social Percibido del adolescente mayor es la Resiliencia Sexual.

Así mismo, se muestra una correlación significativa de la variable Apoyo Social Percibido con la subescala Competencia Personal ($r_s = .52, p < .01$) y la subescala Aceptación de sí mismo y de la vida ($r_s = .24, p < .01$). Lo cual indica que a mayor Apoyo Social que el adolescente percibe mayor es su aceptación y competencia para el logro de la Resiliencia Sexual.

Respecto a la variable de Resiliencia Sexual se encontró una correlación positiva con las subescalas Apoyo de la Familia ($r_s = .36, p < .01$), Apoyo de la Pareja ($r_s = .46, p < .01$), Apoyo de los Amigos ($r_s = .31, p < .01$) y Apoyo de los Proveedores de Salud ($r_s = .49, p < .01$) lo que indica que a mayor apoyo de la familia, pareja, amigos y proveedores de salud mayor es la resiliencia sexual.

Referente a la subescala de Competencia Personal se encontró una correlación significativa con las subescalas Apoyo de la Familia ($r_s = .30, p < .01$), Apoyo de la Pareja ($r_s = .48, p < .01$), Apoyo de los Amigos ($r_s = .29, p < .01$) y Apoyo de los Proveedores de Salud ($r_s = .47, p < .01$), lo que indica que a mayor apoyo de familia, pareja, amigos y proveedores de salud mayor es la competencia personal del adolescente para el logro de la resiliencia sexual.

Y la subescala Aceptación de sí mismo y de la vida obtuvo una correlación significativa con la subescala de Apoyo de la Familia ($r_s = .28, p < .01$) y Apoyo de los Proveedores de Salud ($r_s = .25, p < .01$) y una correlación poco significativa con Apoyo de los Amigos ($r_s = .16, p < .05$). Dichos datos indican que a mayor apoyo que el adolescente percibe mayor es su aceptación para el logro de la Resiliencia Sexual.

Tabla 5 *Correlaciones entre el Apoyo Social Percibido para Sexo Seguro y la Resiliencia Sexual*

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Apoyo social percibido	1							
2. Apoyo familia	.651**	1						
3. Apoyo pareja	.764**	.296**	1					
4. Apoyo amigos	.710**	.355**	.370**	1				
5. Apoyo proveedores de salud	.744**	.312**	.472**	.594**	1			
6. Resiliencia sexual	.548**	.360**	.468**	.319**	.493**	1		
7. Competencia personal	.521**	.305**	.484**	.294**	.470**	.953**	1	
8. Aceptación de sí mismo y de la vida	.242**	.280**	.091	.160*	.258**	.437**	.190**	1

Nota: * $p < .05$. ** $p < .01$. $n = 202$

Para responder a la hipótesis que señala, existe diferencia en el Apoyo Social Percibido (Apoyo de Familia, Amigos, Pareja y Proveedores de Salud) de acuerdo al género del adolescente, se realizó estadística inferencial mediante la prueba U de Mann– Whitney.

En la Tabla 6 se muestra que el Apoyo Social de los Amigos que percibe el adolescente de sexo femenino tiene una diferencia significativa ante el adolescente masculino ($U = 3393.000$, $p < .001$). La media de Apoyo Social de la Pareja por parte del adolescente femenino 99.24 ($DE=.640$) y masculino fue 106.17 ($DE= .719$).

Tabla 6 Prueba U de Mann Whitney para Apoyo Social Percibido para Sexo Seguro de acuerdo con el género del adolescente

<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Apoyo Social Percibido					
Masculino	66	96.05		4128.000	.356
Femenino	136	104.15			
Familia					
Masculino	66	97.13	.589	4199.500	.459
Femenino	136	103.62	.622		
Pareja					
Masculino	66	106.17	.719	4180.000	.429
Femenino	136	99.24	.640		

(Continuación...)

Variable	<i>n</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Amigos					
Masculino	66	84.91	.527	3393.000	.005
Femenino	136	109.55	.538		
Proveedores de Salud					
Masculino	66	94.92	.636	4054.000	.265
Femenino	136	104.69	.581		

Nota: *n* = Número de adolescentes, *Media* = Promedio aritmético, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, *U* = Estadístico de la Prueba Mann – Whitney

Para responder al objetivo general que menciona, determinar la influencia del Apoyo Social Percibido (Apoyo de Familia, Amigos, Pareja y Proveedores de Salud) para Sexo Seguro en la Resiliencia Sexual (Competencia Personal y Aceptación de sí mismo y de la vida) se llevó a cabo una prueba de Regresión Lineal.

Primeramente, se determinó como variable dependiente la Resiliencia Sexual y la variable independiente el Apoyo Social Percibido. Los resultados mostraron que la variable de estudio explica el 30% de la varianza para la Resiliencia Sexual ($F_{[1,200]} = 90.90, p < .001$), lo cual indica en general el apoyo social percibido para sexo seguro influye significativamente en la Resiliencia Sexual (Ver tabla 7).

Posteriormente se analizaron las subescalas de la variable independiente, las cuales son Apoyo de la Familia, Pareja, Amigos y Proveedores de Salud con respecto a la variable dependiente Resiliencia Sexual. Los resultados indican que las subescalas

explican el 33% de la varianza para la Resiliencia Sexual ($F [4, 197] = 25.91, p < .001$) por lo que el Apoyo de la Familia, Pareja y Proveedores de Salud influyen significativamente en la Resiliencia Sexual del adolescente y con respecto al Apoyo de los Amigos se encontró una influencia negativa y no significativa hacia la Resiliencia Sexual (Ver tabla 8).

Tabla 7. *Coefficientes de la Prueba de Regresión Lineal de la variable de estudio Resiliencia Sexual*

<i>Variable</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Coefficientes estandarizados</i> <i>Beta</i>	<i>p</i>
Apoyo social	90.90	1	.072	.559	.001

Nota: Variable dependiente = Resiliencia Sexual $R^2_{ajust.} = .30$

Tabla 8 *Coefficientes de la Prueba de Regresión Lineal Múltiple de las subescalas que integran el Apoyo Social Percibido para Sexo Seguro con la variable de estudio Resiliencia Sexual*

<i>Subescalas</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Coefficientes estandarizadas</i> <i>Beta</i>	<i>p</i>
Familia	25.91	4	.056	.181	.004
Pareja	25.91	4	.055	.297	.001
Amigos	25.91	4	.075	-.055	.454
Proveedores de Salud	25.91	4	.070	.327	.001

Nota: Variable dependiente = resiliencia sexual $R^2_{ajust.} = .3$

Se analizaron las subescalas de la variable independiente, las cuales son Apoyo de la Familia, Pareja, Amigos y Proveedores de Salud respecto a la subescala de Competencia Personal de la variable dependiente Resiliencia Sexual. Los resultados indican que las subescalas explican el 30% de la varianza para la subescala Competencia Personal para la Resiliencia Sexual ($F_{[4,197]} = 23.16, p < .001$) por lo que el Apoyo de Familia, Pareja y Proveedores de Salud influyen significativamente en la Competencia Personal del adolescente para el logro de su Resiliencia Sexual, en tanto que en el Apoyo de los Amigos no se encontró influencia para la Competencia Personal que forma parte de la Resiliencia del adolescente (Ver tabla 9).

Tabla 9 *Coefficientes de la prueba de Regresión Lineal Múltiple de las subescalas que integran el Apoyo Social Percibido para Sexo Seguro con la subescala Competencia Personal de la variable de estudio Resiliencia Sexual*

<i>Subescalas</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Coefficientes estandarizados Beta</i>	<i>p</i>
Apoyo Familia		4	.065	.128	.000
Apoyo Pareja		4	.064	.352	.000
Apoyo Amigos		4	.087	-.057	.452
Apoyo Proveedores de Salud		4	.082	.279	.000

Nota: Variable dependiente = subescala Competencia Personal de la Resiliencia Sexual

$R^2_{\text{ajust.}} = .30$

Posteriormente se analizaron las subescalas de la variable independiente, las cuales son Apoyo de la Familia, Pareja, Amigos y Proveedores de Salud respecto a la subescala de Aceptación de sí mismo y de la vida de la variable dependiente Resiliencia Sexual. Los resultados indican que las subescalas explican el 9.5% de la varianza para la subescala Competencia Personal para la resiliencia sexual ($F_{[4,197]} = 6.28, p < .001$), indicando que el Apoyo Social de la Familia y los Proveedores de Salud influyen significativamente en la aceptación misma del adolescente, lo cual ayuda a que se pueda lograr la Resiliencia Sexual (Ver tabla 10).

Tabla 10 *Coefficientes de la prueba de Regresión Lineal Múltiple de las subescalas que integran el Apoyo Social Percibido para Sexo Seguro con la subescala Aceptación de sí mismo y de la vida de la variable de estudio Resiliencia Sexual*

<i>Subescalas</i>	<i>F</i>	<i>df</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Coefficientes estandarizados</i>	<i>p</i>
Apoyo de la Familia	6.28	4	.098	.226	.002
Apoyo de la Pareja	6.28	4	.096	-.120	.121
Apoyo de los Amigos	6.28	4	.131	-.009	.916
Apoyo de los Proveedores de	6.28	4	.123	.241	.007

Nota: Variable dependiente = Subescala Aceptación
.095 de sí mismo y de la vida

$R^2_{ajust.} =$

Discusión

El objetivo general del presente estudio fue determinar la influencia del Apoyo Social Percibido para Sexo Seguro en la Resiliencia Sexual de adolescentes del área Metropolitana de Monterrey. El Modelo de Resiliencia en Adolescentes de Haase (2004) sirvió de base para realizar el estudio. A continuación, se discuten los resultados obtenidos.

Se encontró que existe relación entre el apoyo social percibido para sexo seguro y la resiliencia sexual de los adolescentes, además a mayor apoyo social percibido mayor es la resiliencia sexual del adolescente para el sexo seguro. Ante tal resultado, se sustenta la base del significado de la resiliencia, como el resultado de la combinación entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que posibilitan la superación de riesgos y la adversidad de forma constructiva (González, Valdez, Van, & González, 2010). Lo cual hace notar que cuando un adolescente percibe apoyo de los que integran su ambiente, puede tomar diversas conductas que lo ayuden ante los cambios propios de la etapa de la adolescencia, como lo es la construcción de su identidad personal, en donde el proceso de exploración y búsqueda se encamina hacia el futuro compromiso de chicos y chicas y pensar en un proyecto que definirán su identidad profesional, lo que genera cambios en las conductas cognitivas que suelen llevar al adolescente a una menor percepción de riesgos como son las conductas sexuales (Chambers, Taylor & Potenza, 2003).

Tomando en cuenta a la red social en donde el adolescente percibe apoyo social como de la familia, pareja y proveedores de salud se encontró que existe una correlación significativa con la resiliencia sexual, ya que el apoyo social de los amigos obtuvo una

correlación significativa. Ante los diversos resultados que pueden presentarse del apoyo, es importante mencionar que un factor que influye es la forma en la que los adolescentes se conectan con el mundo social, influyendo en la salud, desarrollo y conductas. Sin embargo, no todos los adolescentes inician la etapa de adolescencia con los mismos recursos personales y sociales, es decir, existen algunos que viven en una familia disfuncional, otros sienten no tener amigos, o aquellos que no tienen una relación de noviazgo por lo que su percepción de apoyo será distinta.

Referente al apoyo social familiar, los resultados coinciden con Ruiz, et al. (2012); Maliki (2012); Atienzo, Campero, Estrada, Rouse y Walker (2011); Orcasita, Peralta, Valderrama y Uribe (2010); Chen, Thompson y Morrison – Beedy (2010) y Castillo (2012) donde la familia es un factor de protección importante que el adolescente percibe mediante la supervisión, comunicación, consejos, los cuales ayudan a determinar su conducta sexual. Se debe hacer notar que los padres juegan un papel de influencia en los hijos, por lo que es importante la presencia de educación hacia ellos para poder transmitir conocimientos adecuados.

A sí mismo, con respecto al apoyo que los adolescentes perciben de los proveedores de salud, los resultados coinciden con Leal (2008); Szumilas, Kutcher, LeBlanc y Langille (2010); Mota, Tello y Rivas (2008) donde se mostró una correlación significativa y positiva, ya que el proveedor de salud juega un papel de consejería ante el adolescente con respecto a las dudas de su conducta sexual.

Haciendo referencia a que los resultados mostraron correlación positiva y significativa en el apoyo social que el adolescente percibe de su pareja para el logro de la resiliencia sexual, Soto (2006) muestra resultados contrarios, ya que refiere que el

apoyo de pareja está en función de la relación amorosa. Por lo que si en una conducta sexual segura de pareja, alguno de los adolescentes opta por el uso del condón, este indicaría desconfianza y no se podría dar el apoyo. Esto puede deberse a la cultura del país donde fue hecho el estudio (Perú), en ese país, los adolescentes tienen perspectivas

diferentes en cuanto a la sexualidad, por ejemplo, en cuanto al uso del condón como una conducta sexual segura, el adolescente tiene la idea de disminución del placer y la adolescente ve el sexo como algo espontáneo y romántico.

En lo que respecta a la correlación entre el apoyo social de los amigos y la resiliencia sexual que resultó débil, lo cual coincide con Valencia, Canaval, Reyes, Hassan y García (2011) que refieren que una medida de protección como el uso del condón, se recomienda muy poco entre amigos lo cual no garantiza una conducta sexual segura en los adolescentes. Los adolescentes pasan más tiempo con el grupo de amigos y se convierten en un contexto de socialización muy influyente (Larson & Richards, 1994). El apoyo de los amigos actualmente se ve en relación con el apoyo de conductas sexuales no seguras, la influencia que generan en los adolescentes suele ser negativa. Así, según algunos autores, los adolescentes tienden a cambiar su principal fuente de apoyo social, que pasará de la familia al grupo de amigos (Savin-Williams & Berndt, 1990).

En relación a la hipótesis que planteaba si existía diferencia en el apoyo social percibido (familia, amigos, pareja y proveedores de salud) de acuerdo al género del adolescente se encontró diferencia significativa solamente en el apoyo de los amigos, al mostrar mayor apoyo el sexo masculino que el femenino, dichos datos coinciden con los reportados por López, Vera y Orozco (2001) quienes mencionan que los hombres en su

mayoría toman más en cuenta la opinión de sus amigos para llevar a cabo prácticas sexuales, lo cual los lleva a conductas sexuales de mayor riesgo que las mujeres.

En cuanto al objetivo general que fue determinar la influencia del apoyo social percibido para sexo seguro en la resiliencia sexual de los adolescentes, se encontró que existe una influencia significativa en apoyo de la familia, pareja y proveedores de salud.

Con respecto a que, si existe influencia del apoyo de los amigos en la resiliencia sexual del adolescente, se encontró que no hubo significancia, dicho resultado concuerda con el estudio de Ruiz et al. (2012); López, Vera y Orozco (2001) quienes refieren que el apoyo que perciben los adolescentes por parte de los amigos influye en el inicio de una vida sexual y en sus decisiones, generando una influencia negativa en ellos para que lleven a cabo conductas sexuales no seguras. Tal influencia hacia conductas riesgo en el grupo de iguales suele darse por presión de grupo o cuando se trata de involucrar al compañero en conductas problemáticas o antisociales. Se ha encontrado que las normas del grupo de amigos tienen una influencia directa sobre el uso efectivo del condón en las relaciones sexuales. En nuestro país, muchas veces, el adolescente no acepta que no son buenas conductas para poder formar parte de un grupo social, ellos actúan y sienten que es correcto sin importar las consecuencias ya que el objetivo es formar parte del círculo social de amigos. Cabe mencionar que el apoyo está dado mediante mensajes en relación a la sexualidad.

Por lo tanto, la red de apoyo constituye uno de sus principales recursos con los que cuenta el adolescente para afrontar cambios y situaciones nuevas (Gracia, Herrero & Musitu, 1995). Sin embargo, se adicionan los cambios de desarrollo y aquellos

relacionados a las relaciones sociales, lo que, a su vez, podría influir en las personas que el adolescente considera su principal fuente de apoyo.

Conclusiones

Los instrumentos que fueron aplicados presentaron una confiabilidad aceptable y el llenado a través del portal SurveyMonkey es adecuado para estudios que tratan temas de sexualidad. Se encontró que existe una influencia positiva y significativa en la variable de apoyo social percibido y la resiliencia sexual.

El apoyo de familia, pareja y proveedores de salud tienen influencia significativa en la resiliencia sexual.

El apoyo de familia, pareja y proveedores de salud con respecto a la subescala de competencia personal tienen influencia significativa.

El apoyo de familia y proveedores de salud con respecto a la subescala de Aceptación de sí mismo y de la vida tienen influencia significativa.

El apoyo social percibido y la resiliencia sexual se relacionan.

Se encontró que solo la subescala de apoyo de amigos tiene diferencia en cuanto al sexo del adolescente, siendo la media más elevada para el sexo masculino.

La influencia del apoyo de los amigos hacia la resiliencia sexual es negativa.

Referencias

Acoba, E. F. (2024). Social support and mental health: the mediating role of perceived stress. *Frontiers in Psychology*, 15.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1330720>

Alderman, E. M., Breuner, C. C., Grubb, L. K., Powers, M. E., Upadhy, K., & Wallace, S. B. (2019). Unique needs of the adolescent. *PEDIATRICS*, 144(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3150>

Alderman, E. M., Breuner, C. C., Grubb, L. K., Powers, M. E., Upadhy, K., & Wallace, S. B. (2019). Unique needs of the adolescent. *PEDIATRICS*, 144(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3150>

Andrade, P. P., Betancourt, O. D., & Palacios, D. J. R. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 15(1), 91-101. Recuperado de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1238/1796>

Around 80 adolescents will die of AIDS every day by 2030, at current trends – UNICEF. (2023.). <https://www.unicef.org/press-releases/around-80-adolescents-will-die-aids-every-day-2030-current-trends-unicef>

Atienzo, E. E., Campero, L., Estrada, F., Rouse, C., & Walker, D. (2011). Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes. *Salud pública de México*. 53(2), 160-171. Recuperado de http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20No%202%20Marzo%20Abril/7padres.pdf

- Barrón, L. A. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid, Siglo XXI.
- Cardozo, G., & Alderete, A. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y la resiliencia. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 23, 148-182. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/213/21311917009.pdf>
- Castellano, B. (2005). El adolescente y su entorno: sociedad, familia y amigos. *Pediatría Integral*, 9, 41-
- Castillo, A., & Benavides, T. (2012). "Modelo de resiliencia sexual en el adolescente: teoría de rango medio." *Aquichan*, 12 (2) ,169-182. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1997/pdf>
- Castillo, A., & Benavides, T. (2012). *Intervención por Internet basada en la Resiliencia del Adolescente para prevenir conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA [CENSIDA], (2012). *El VIH/SIDA en México, Registro Nacional de Casos de SIDA*. Actualización al 30 de Junio del 2012.
- Chambers, R, Taylor, J & Potenza, M. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1041-1052. doi: 10.1176/appi.ajp.160.6.1041

Chiclayo. *Anales de la Facultad de Medicina*. 67(2),152-159. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832006000200008

Ciencias Humanas y de la Vida, 16(3), 247-253. Recuperado de <http://ergosum.uaemex.mx/PDF%2016-3/05%20Norma%20Ivonne.pdf>

Clay, R. A. (2022.). Updated guidelines for sexual minority people focus on resilience. <https://www.apa.org>.
<https://www.apa.org/monitor/2022/11/guidelines-sexual-minority-resilience>

Cutrona C. E., & Russell D., W. (1987). Advances in personal relationships. En Jones, Warren H. & Perlman, Daniel (Eds), *The provisions of social relationships and adaptations to stress* (pp. 37-67). Recuperado de <https://www.zotero.org/awperry/items/itemKey/AH9TWMEF>

Darbes L. A., & Lewis. M. A. (2005). HIV-specific social support predicts less sexual risk behavior in gay male couples. *Health Psychology*, 24(6), 617-22. doi:10.1007/s1041-010-9868-8

De Estadística Y Geografía, I. N. (n.d.). Población. <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>

De Salud, S. (2023.). Utilizan condón en primera relación sexual 83% de los hombres y 70. . . gov.mx. <https://www.gob.mx/salud/articulos/utilizan-condon-en-primera-relacion-sexual-83-de-los-hombres-y-70-de-las-mujeres-adolescentes>

De Salud, S. (n.d.). 204. Cerca de 20% de las personas de 12 a 19 años no usó algún anticonceptivo en su primera relación sexual. gob.mx.

<https://www.gob.mx/salud/prensa/204-cerca-de-20-de-las-personas-de-12-a-19-anos-no-uso-algun-anticonceptivo-en-su-primera-relacion-sexual>

De Santis, J. (2008). Exploring the concepts of vulnerability and resilience in the context of HIVinfection. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 22(4), 273-287. doi:10.1891/0889-7182.22.4.273

Department of Public Health. (2023). Adolescent Sexual Health Education Program.

<https://www.cdph.ca.gov/Programs/CFH/DMCAH/AshEd/Pages/default.aspx>

Dutton, Y. E. C., Choi, I., & Choi, E. (2020). Perceived parental support and adolescents' positive Self-Beliefs and levels of distress across four countries. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00353>

Ebi, M., A. (2012). The Effect of Teenage Pregnancy on Adolescents in Amassoma Community of Southern Ijaw Local Government Area of Bayelsa State. *Asian Social Science*, 8(1), 62. doi: 10.5539/955.v8n1p62

Empelen, P., & Kok, G. (2008). Action-specific cognition of planned and preparatory behaviors of condom use among dutch adolescents. *Arch. Sexual Behavior*, 37, 626–640. doi: 10.1007/s10508-007-9286-9

Encuesta Nacional de Juventud 2010 (ENJ, 2010). Resultados Generales. Recuperado

dehttp://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Encuesta_Nacional_de_Juventud_2010_-_Resultados_Generales_18nov11.pdf, julio de 2012.

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2009).
“Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Mujer”. Recuperado de
[http://www.inegi.org.mx/inegi/
contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/mujer0.pdf](http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/mujer0.pdf)

Galaz, M. M. F., & Ayala, M. L. C. (2022). Resiliencia: Factores
Predictores en Adolescentes. *Acta De Investigación Psicológica*, 12(3), 115–128.
<https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2022.3.467>

Gallicchio, L., Hoffman, S., & Helzlsouer, K. (2007). The relationship
between gender, social support, and health- related quality of life in a community-
based study in Washington County, Maryland. *Quality of life research*, 16, 777–
786. doi:10.1007/s11136-006-9162-4

Gómez, L., Pérez, M., & Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo
social y su relación con la salud: una revisión. *Psicología conductual*, 9, 5-38.
Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2826471>

González, A.L.F., Valdez, M., Van, B., & González, E. (2010).
Resiliencia y salud en niños y adolescentes.

Haase. J. E. (2004). The adolescent resilience model as a guide to
interventions.

HIV data and statistics. (2024, November 14).
[https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-
programmes/hiv/strategic-information/hiv-data-and-statistics](https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/strategic-information/hiv-data-and-statistics)

Journal of Pediatric Oncology Nursing, 21(5), 289-299. doi:
10.1177/1043454204267922

La Prevención Y Control Del Vih Y El Sida, C. N. P. (2020).
Epidemiología Registro Nacional de Casos de VIH y sida. gob.mx.
<https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>

Larson, R., Richards, M, Moneta, G., Holmbeck, G., & Duckett, E.
(1996). Changes in adolescents' daily interactions with their families from ages 10
to 18: Disengagement and transformation. *Developmental Psychology*, 32, 744-
754. doi:10.1037/0012-1649.32.4.744

Leal, F.I. (2008). Consejería en salud sexual y reproductiva dirigida a
adolescentes. *Social Medic*, 48 (2),134-139. Recuperado de [http://cms.colegiomedico.
cl/Magazine%5C2008%5C48%5C2%5C48_2_9.pdf](http://cms.colegiomedico.cl/Magazine%5C2008%5C48%5C2%5C48_2_9.pdf)

Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. (1986). Social support, life events and
depression. Nueva York: AcademicPress.

Lindberg, L. D., Maddow-Zimet, I., & Marcell, A. V. (2019). Prevalence
of sexual initiation before age 13 years among male adolescents and young adults
in the United States. *JAMA Pediatrics*, 173(6), 553.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.0458>

Lohman, B. & Billings, A. (2008). Protective and risk factors associated
with adolescent boys' early sexual debut and risk sexual behavior. *Journal Youth
adolescence*, 37, 723-735. doi: 10.1007/s10964-008-928-x

López, N., Vera, L., & Orozco, L. (2001). Conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA, entre hombres y mujeres jóvenes de Bucaramanga. *Colombia Médica*, 32(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/283/28332107.pdf>

Luo, Y., Ma, T., & Deng, Y. (2023). School climate and adolescents' prosocial behavior: the mediating role of perceived social support and resilience. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1095566>

Melillo, A., Ojeda, E. N. S., & Rodríguez, D. (2004). Resiliencia y subjetividad: Los ciclos de la vida. Buenos Aires: Paidós.

Mota, V., Zello, G., & Rivas, L. (2010). Asistencia de adolescentes mexicanos a servicios de consejería sobre sexualidad y reproducción. *Investigación y educación en Enfermería*. Medellín. 28(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215294007>

Orcasita, L. & Uribe, A. (2012). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 4(2), 69-82. Recuperado de <http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/182/159>

Orcasita, P.L.T., Valderrama, O., & Uribe, R. (2010). Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali- Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 1(31), 155-195. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/41/91>

Organización Mundial de la Salud (OMS). ¿Qué problemas de salud tienen los adolescentes y qué cabe hacer para prevenirlos y responder a ellos?

Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud de los adolescentes.

Recuperado de http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/

Páramo, M. A. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia Psicológica*, 29, 85-95. doi: 10.4067/S0718-48082011000100009

Prelow, H. M., & Loukas, A., & Jordan-Green, L. (2007).

Socioenvironmental risk and adjustment in Latino youth: The mediating effects of family processes and social competence. *Journal of Youth and Adolescence*, 36, 465-476. doi: 10.1007/s10964-006-9106-x

Rodríguez-Fernández, A., Izar-De-La-Fuente, I., Escalante, N., &

Azpiazu, L. (2021). Perceived social support for a Sustainable adolescence: a theoretical model of its sources and types. *Sustainability*, 13(10), 5657.

<https://doi.org/10.3390/su13105657>

Rodríguez-Perez, L. F., & Becerra-Hernández, A. (2022). Percepciones

asociadas a conductas sexuales de riesgo. *Horizonte Sanitario*, 21(2), 292–298.

<https://doi.org/10.19136/hs.a21n2.4562>

Ruiz, C. M., López-del Burgo C., Carlos, S., Calatrava M., Osorio A., &

de Irala, J. (2012). Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. *Revista*

Panamericana de Salud Publica. 31(1), 54–61. Recuperado de
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n1/08.pdf>

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 1985;147, 598-611. doi: 10.1192/bjp.147.6.598

Savin-Williams, R. & Berndt, T (1990). Friendships and peer relations. En Feldman, S.S & Elliot, S. S (Eds). *At the threshold: the developing adolescent*. MA Harvard: University Press.

Secretaria de Salud. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. (México). Recuperado de
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Social support and risky sexual behavior among adolescents: The protective role of parents and best friends – Add Health. (n.d.).
<https://addhealth.cpc.unc.edu/publications/bib/580/>

Soto, V. (2006). Factores asociados al no uso del condón: Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de

Steiner, R. J., Sheremenko, G., Lesesne, C., Dittus, P. J., Sieving, R. E., & Ethier, K. A. (2019). Adolescent connectedness and adult health outcomes. *PEDIATRICS*, 144(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3766>

Steiner, R. J., Sheremenko, G., Lesesne, C., Dittus, P. J., Sieving, R. E., & Ethier, K. A. (2019). Adolescent connectedness and adult health outcomes. *PEDIATRICS*, 144(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3766>

Szumilas, M., Kutcher, S., LeBlanc, J. C., & Langille, D. B. (2010). Use of school-based health centres for mental health support in Cape Breton, Nova Scotia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(5), 319-328. Recuperado de <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=23931530>

Thematic review: Transformation towards sustainable and resilient societies-Building resilience | Department of Economic and Social Affairs. (2022.). <https://sdgs.un.org/events/thematic-review-transformation-towards-sustainable-and-resilient-societies-building>

Trujillo, E. V. & González, J. (2007). Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología*, 10(1), 49-63.

UNAIDS. (2024.). Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

Vega, A. & González, E. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, (16), 341- 349. doi:10.4321/S1695-61412009000200021

Wagnild, G. M., & Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/785049>

Widman, L., Choukas-Bradley, S., Noar, S. M., Nesi, J., & Garrett, K. (2015). Parent-Adolescent sexual communication and adolescent safer sex behavior. *JAMA Pediatrics*, 170(1), 52. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.2731>

World Health Organization: WHO. (2024, April 10). Embarazo en la adolescencia. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

World Health Organization: WHO. (2024, August 7). Las 10 principales causas de defunción. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

Yang, C., Gao, H., Li, Y., Wang, E., Wang, N., & Wang, Q. (2022). Analyzing the role of family support, coping strategies and social support in improving the mental health of students: Evidence from post COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1064898>

CAPÍTULO 8

IMPACTO DE LA FUNCIONALIDAD FÍSICA EN LAS LIMITACIONES PARA LA ACTIVIDAD SEXUAL EN PERSONAS CON DOLOR CRÓNICO PRODUCIDO POR OSTEOARTITIS

Raquel Alicia Benavides Torres

Brianda Anahí Jacobo López

Dora Julia Onofre Rodríguez

Introducción

La Osteoartritis (OA) es un problema de salud pública que afecta alrededor de 528 millones de personas en el 2019 (World Health Organization: WHO,2023). En México, la prevalencia estimada de OA es de 88 casos por cada 100 mil personas, de estos hay 34 millones de personas con discapacidad permanente y 140 millones con discapacidad temporal a causa de las enfermedades reumáticas (De Salud Para El Bienestar, 2022). En el estado de Nuevo León se estima que la OA afecta al 10.5% en hombres y 11.7% en mujeres de la población adulta (Fundación Mexicana para Enfermos Reumáticos (De Salud, 2020)

La OA es una enfermedad articular degenerativa del sistema músculo esquelético que

afecta las articulaciones, caracterizada por la presencia de erosión en el cartílago articular, hipertrofia de los márgenes óseos articulares, esclerosis subcondrial, y alteraciones estructuro- bioquímicas en la membrana sinovial y cápsula articular. Esta enfermedad provoca dolor, hinchazón y rigidez, y que afecta a la capacidad de una persona para desplazarse sin limitaciones, Cuando el dolor y la pérdida de la movilidad o funcionalidad se vuelven crónicos, las personas con artrosis a menudo tienen limitaciones para realizar actividades significativas, su bienestar se ve afectado y presentan malestar psíquico (World Health Organization: WHO,2023).

Uno de los principales problemas que se presentan en la mayoría de los pacientes con OA es la debilidad muscular, deformación de las articulaciones que llevan a la limitación en la funcionalidad física. Ya que esta, es necesaria para satisfacer las necesidades implícitas de las personas y la pérdida de funcionalidad limita algunas actividades cotidianas, lo que genera cambios importantes en las personas con OA (Osteoarthritis, Cigna, 2024). Además, el ejercicio físico aumenta la fuerza, energía y habilidad para realizar actividades cotidianas, y este tiene un efecto calmante, que reduce la tensión muscular y la ansiedad generada por el estrés.

Existen acciones que se han visto efectivas para la disminución de la sintomatología y la mejora funcional, la disminución de peso y la actividad física aeróbica de bajo impacto puede reducir el dolor y la rigidez en las articulaciones y aumentar la flexibilidad y la fuerza muscular (National institutes of health, 2023).

Por lo tanto, la OA puede afectar las actividades sexuales (AS), siendo este último aspecto, importante y central del ser humano que se relaciona íntimamente (Fuentes, 2021)

Hay que mencionar, además, que cuando existe una limitación sexual es debido a

circunstancias biológicas o psicosociales que se presentan en individuos con discapacidades tales como en la OA, la sexualidad se puede afectar de distintas maneras y aunque estas alteraciones no solo se manifiesten en el ámbito erótico, son las disfunciones sexuales el aspecto que más inquieta a las personas.

De acuerdo a esto es común que los pacientes con OA tengan limitada su actividad sexual debido al dolor principalmente que estas les ocasiona, que además incluye la fatiga o las dificultades de movilidad antes, durante y después de las relaciones sexuales, pero también existen casos de falta de lubricación, impotencia, y otras molestias que limitan la satisfacción de la actividad sexual (Admin, 2023).

De acuerdo a lo anterior, se puede decir que cuando una persona con OA tiene afectada su funcionalidad física es posible que su actividad sexual también está limitada. Esta relación ha sido estudiada por el Modelo de Discapacidad de la Osteoartritis que describe el proceso en el cual la OA afecta el funcionamiento a través del tiempo (Baures, 2018). Este modelo explica cómo la rigidez de las articulaciones y el dolor deterioran la funcionalidad física de las personas y por ende limitan su actividad sexual.

El dolor, la funcionalidad física y la limitación en la actividad sexual también juegan un papel importante en el proceso de la OA, ya que hay estudios que demuestran que el dolor y la fuerza de las rodillas, median los efectos de daño en las articulaciones en el rendimiento funcional, es por eso que las personas con OA a menudo restringen sus actividades para evitar el dolor asociado con el movimiento y con la debilidad muscular ya que los músculos pierden su capacidad para apoyar articulaciones portuarias y proteger (es decir, la absorción de choque, agudeza). Una articulación inestable es menos capaz de llevar el peso y es más difícil de mover.

Los daños causados por evitar actividad conducen a la debilidad muscular, dañando aún más la articulación. Es importante profundizar en las variables que se relacionan con la sexualidad de los pacientes con OA ya que esto permite conocer el potencial de que su patrón sexual se encuentre alterado y por ende exista una disfunción sexual. Conociendo lo anterior el personal de enfermería puede brindar cuidados con consejería sexual que incluyan un proceso interactivo de apoyo basado en las necesidades específicas de cada una de las personas ya que esto puede ayudar a enfrentar de una manera positiva los cambios que se presenten en su actividad sexual.

Además, enfermería puede participar en conjunto con otras disciplinas y proporcionar una atención a las personas con OA brindándoles charlas para que conozcan el proceso de la OA, ya que la cura todavía no es tangible pero los síntomas pueden ser controlados y la discapacidad se puede retrasar mediante la práctica del ejercicio físico y además incluir una capacitación adecuada la cual incluya los aspectos sexuales. Por otra parte, aunque existen estudios de investigación en población adulta que han abordado la funcionalidad física y las limitaciones de la actividad sexual en personas con enfermedades músculo esqueléticas incluyendo la OA, no se han hecho estudios que comprueben o especifiquen claramente la relación entre estas variables (Clark et al., 2023)

Además, no existe una claridad si la limitación para la actividad sexual está relacionada con el deterioro de la funcionalidad física producto de la rigidez y dolor causado en personas con OA o si esta limitación se debe a otras variables. Por lo que será de gran utilidad realizar una comparación entre la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual entre las personas con OA y las personas que no tienen OA.

Objetivo General. Comparar la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual entre personas con osteoartritis y personas sin osteoartritis.

Objetivos Específicos

1. Describir la funcionalidad física y limitación para la actividad sexual de las personas con osteoartritis.
2. Describir la funcionalidad física y limitación para la actividad sexual de las personas sin osteoartritis.
3. Describir la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual de las personas con osteoartritis de acuerdo con el dolor.

Metodología

En este capítulo se presenta la población, los criterios de inclusión y exclusión, instrumentos utilizados, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas que guiarán el estudio y el plan de análisis de resultados.

Diseño del Estudio. Se realizó un estudio descriptivo-comparativo y correlacional, tratándose de un estudio tipo encuesta. Una de las ventajas de esta metodología es que nos permite describir de manera global el fenómeno, en este caso se compararon las variables de funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual en personas con osteoartritis y en personas sin osteoartritis. Este tipo de diseño resulta apropiado para esta investigación para determinar si existe asociación entre un evento y la exposición a un determinado factor. Este consiste en seleccionar a los individuos que padecen la enfermedad, y a individuos libres del evento. Posteriormente se compararán ambos grupos en relación con la exposición al factor en estudio.

El primer grupo fueron personas con diagnóstico de osteoartritis y el segundo grupo fueron las personas sin diagnóstico de osteoartritis.

Población, muestra y muestreo. Los participantes fueron tomados de un estudio central que lleva por nombre “Desarrollo de un programa de rehabilitación para prevención de discapacidad, integrando la perspectiva de la comunidad, en pacientes con osteoartritis en comunidades de Nuevo León”. Financiado por CONACYT (PCPN2013-01). La muestra fue recolectada a la par con la recolección de datos del estudio mencionado anteriormente. Para el presente trabajo se consideraron el total de los datos recolectados hasta el 30 de octubre 2015 y se utilizó el número total de participantes con osteoartritis y sin osteoartritis para su análisis. La recolección de datos se realizó en dos comunidades del área metropolitana de Monterrey. El muestreo fue por conveniencia ya que se eligieron todos los participantes de ambos sexos que cumplieran con los criterios de inclusión. Quedando una muestra final de 220 participantes.

Criterios de inclusión. Tener 18 años en adelante, que supieran leer y escribir, haciéndoles una pregunta filtro ¿sabe usted leer y escribir? Para que las personas pudieran contestar los cuestionarios, además de tener al menos 6 meses viviendo en el domicilio, haber tenido por lo menos alguna vez en su vida relaciones sexuales, por lo que solamente se incluyeron aquellos que contestaron Sí a la pregunta ¿ha tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida? Para el primer grupo se incluyeron las personas diagnosticadas con osteoartritis y que refirieran dolor el cual fue evaluado por los criterios del Programa Orientado a la Comunidad en las Enfermedades Reumáticas a través del instrumento. (COPCORD) y el diagnóstico médico de osteoartritis el cual fue realizado por un médico residente.

Para el segundo grupo del total de la muestra recolectada se incluyeron a hombres y mujeres sin diagnóstico de osteoartritis y que tuvieran completos los cuestionarios de RAPA y CSFQ-14.

Criterios de exclusión Se excluyeron a las personas que tuvieran alguna limitación física, por lo que se omitieron a las personas que no pudieron terminar el instrumento de Levántese y ande cronometrado, el cual consiste en sentarte en una silla y levantarse sin ningún tipo de apoyo (brazos, andadera o bastón), caminar en línea recta tres metros de distancia, regresar y sentarse de nuevo, durante este procedimiento se le toma el tiempo con un cronometro. Quien no pudo completar esta actividad no fue incluida(o) en el estudio.

Instrumentos. Para evaluar los criterios de inclusión y el dolor se utilizó el instrumento del (Oriented Program for the Control of Rheumatic Diseases) Programa Orientado a la Comunidad para el Control de Enfermedades Reumáticas COPCORD versión corta adaptada al español.(Guevara et. al., 2014). Es un instrumento aplicado en población mayor a 18 años, este instrumento tiene tres secciones:

La sección A) que son las comorbilidades (diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, cardiaca la enfermedad, la depresión, la ansiedad, tabaquismo y alcoholismo) la cual cuenta con tres ítems un ejemplo de pregunta es ¿alguna vez fumo un cigarrillo? Esta sección tiene respuestas dicotómicas las opciones de respuestas son sí o no. La sección B) antecedentes, tiene cuatro ítems algunos ejemplos de preguntas son ¿Cuántos años tiene? ¿Cuál es su estado civil?, las opciones de respuesta son variadas. La sección C) dolor, inflamación y rigidez, tiene 10 ítems muestra una figura del cuerpo humano de frente y de espalda, además de una escala de valoración análoga del 1 al 10 donde 1=

significa no tener dolor y 10= significa mucho dolor, algunos ejemplos de preguntas de esta sección son: ¿ha tenido dolor, inflamación o rigidez en los últimos siete días en alguna de estas partes?, ¿se debe esta molestia a un traumatismo? (torcedura, golpe, caída), en caso de responder positivo alguna de estas preguntas, se aplica la última parte de esta sección que es la C10 con ejemplos de pregunta como ¿para este dolor a utilizado usted algún medicamento? El COPCORD tiene una confiabilidad de alpha de cronbach de .81 a .95. (Burns & Grove, 2012).

La funcionalidad física fue medida a través del cuestionario Rapid Assessment Physical Activity (RAPA) (Topolski et al., 2006) que evalúa el nivel de intensidad de actividad física en su versión 1.0 adaptada al español en el mes de septiembre del año 2014. Con el objetivo de proporcionar un medio de evaluar los niveles de intensidad en actividades físicas de las personas relacionada con la cantidad de energía que se utiliza haciendo estas actividades, este cuestionario fue aplicado por el encuestador, tiene nueve reactivos para medir el nivel de actividad física.

Algunas preguntas de este cuestionario son: para medir el nivel de actividad física: ¿hago actividades físicas ligeras? ¿Hago actividades físicas moderadas? ¿Con que frecuencia? ¿Por cuánto tiempo? Las primeras preguntas con respuestas dicotómicas (sí o no) y las preguntas restantes son respuestas en mediciones de días y minutos. Además, mide la fuerza y flexibilidad, las opciones de preguntas son: ¿hago actividades para aumentar a fuerza muscular? como levantamiento de pesas, una o más veces por semana. Se evaluó de la siguiente manera, para categorizar el nivel de actividad física, se eligen las respuestas que sean afirmativas en todos los casos en particular, si el número seleccionado es menor a seis; esto significa que su nivel de actividad física se encuentra

por debajo de lo recomendable y del número seis hacia arriba se encuentra dentro de lo recomendable.

Para darles una etiqueta de acuerdo a la puntuación fue de la siguiente manera. Se considera **sedentarios** si: 1) nunca o casi nunca hago actividad física. Se considera **poco activo** si: 2) hago algunas actividades físicas ligeras y/o moderadas, pero no cada semana. Se considera **poco activo regular ligero** si: 3) hago algunas actividades físicas ligeras cada semana. Se considera **poco activo regular** si: 4) hago actividades físicas **moderadas** cada semana, pero menos de cinco días a la semana, o menos de 30 minutos diarios en esos días. 5) hago actividades físicas **vigorosas** cada semana, por menos de tres días por semana, o menos de 20 minutos diarios en esos días. Se considera **activo** si: 6) hago 30 minutos o más de actividades físicas moderadas por día, 5 o más días por semana. (Topolski et al., 2006). El instrumento tiene validez de constructo ya que el instrumento del RAPA se ha relacionado con el instrumento del CAMPEONES (CHAMPS) que mide la actividad física con ($r = .97; p < .001;$) (Downton, 2006).

La limitación para la actividad sexual fue medida, con el Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ-14; Keller, McGarvey & Clayton, 2006), versión en español. Este cuestionario está constituido por 14 items, que permiten evaluar el funcionamiento sexual. El cuestionario presenta una versión para hombres y otra para mujeres. Algunos ejemplos de preguntas son: comparado con la vez más placentera de su vida ¿Cuánto placer en su vida sexual experimenta ahora? ¿Con qué frecuencia mantiene actividad sexual actualmente? ¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual? Las respuestas tipo Likert varían de entre 1= nunca hasta 5= diariamente.

La versión española tiene 5 dimensiones descritas, y sus coeficientes de consistencia interna oscilan entre .75 y .82. este instrumento se evalúa en cinco dimensiones (placer, ítem 1, deseo – frecuencia ítems 2 y 3, deseo-interés ítems 4, 5, y 6, excitación, ítems 7, 8,9 y 10 orgasmo, ítems 11, 12, 13 y 14). Este instrumento tiene una consistencia interna entre 0.75 y 0.82 de alpha de cronbach. (Burns & Grove, 2012).

Procedimiento de recolección de datos. Se solicitaron los permisos correspondientes a los investigadores principales del proyecto Central para integrarse durante la recolección de datos de la prueba piloto y la recolección de datos definitiva de este proyecto, así como, para utilizar los datos. La cual fue recolectada por la estudiante de maestría y ocho colaboradores.

De acuerdo a lo establecido en el proyecto, para iniciar la recolección de datos se obtuvo el total de manzanas en la comunidad el muestreo fue por conveniencia, donde se visitó en los domicilios y posteriormente la recolecta fue en el Centro de Salud donde se les invito a participar a las personas mayores de 18 años y que tuvieran más de 6 meses viviendo en esa comunidad, a las personas que decidieron participar se les explico la finalidad del estudio. Antes de iniciar con la aplicación de los cuestionarios se le leyó un consentimiento informado donde se les explico el propósito del estudio, los beneficios y los riesgos que tendrían al participar en él y una vez dada la información, se le pidió a la persona que firmara el consentimiento informado.

Para seleccionar el grupo uno se evaluó con el instrumento COPCORD. En caso de salir positivo. Se le informo al médico para que visitara el domicilio y le hiciera una valoración y las pruebas correspondientes para diagnosticar a las personas con osteoartritis. El grupo dos fueron todas aquellas personas que no salieron positivas en el

COPCORD y que no tenían diagnóstico previo de osteoartritis. Posteriormente se les realizó la prueba de Levántate y Anda Cronometrado. Finalmente, se les pidió que contestaran el cuestionario de RAPA y el de cambios en la función sexual (CSFQ-14). Una vez contestados dichos cuestionarios se hizo el mismo procedimiento con el resto de las personas que vivían en el domicilio y que fueran mayores de 18 años.

Si por alguna razón alguna persona decidió no participar, se respetó su decisión y esto no afectó la participación del resto de las personas. Al terminar se les agradeció su participación y se colocaron todos los cuestionarios en un lugar seguro, donde sólo tiene acceso el investigador principal.

Consideraciones éticas. El presente estudio se apegó en lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 1987). En donde se establece que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender aspectos éticos que garanticen la dignidad de las personas sujetas a investigación, de acuerdo al artículo 14, fracción VII, con base en el cual el estudio se sometió a aprobación por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) y se aprobó por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina y del Hospital Universitario con el número No. de Registro RE13-020. Para este estudio se solicitaron los permisos correspondientes a los investigadores principales del proyecto Central, ya que el presente trabajo se realizó con seres humanos, esto de acuerdo con el artículo 14, fracción V y VII.

Plan de análisis estadístico. Los datos fueron analizados en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22 para Windows. Se utilizó

estadística descriptiva en los objetivos 1 y 2 para describir la funcionalidad física y limitación para la actividad sexual de las personas con y sin osteoartritis. Por lo que se obtuvieron medias, medianas y medidas de tendencia central. Previo al análisis inferencial se realizó la prueba de Kolmogorov Smirnov con corrección Lilliefors para determinar la normalidad de las variables de estudio.

Para el objetivo 3 describir la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual de las personas con osteoartritis de acuerdo a su nivel de dolor, se utilizó la U de Mann Whitney para probar la diferencia de los pacientes con OA de acuerdo al dolor.

En el caso de la hipótesis que dice que a menor funcionalidad física mayor limitación para la actividad sexual en personas con osteoartritis. Se utilizó la prueba de correlación de Spearman considerando la normalidad de las variables y su relación entre sí. Finalmente, para cumplir con el objetivo general del estudio que es comparar la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual en personas con osteoartritis y personas sin osteoartritis se realizó también una U de Mann Whitney para determinar la diferencia entre los dos grupos.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados del estudio, se inicia con las características generales de los participantes, la confiabilidad de los instrumentos, datos descriptivos y prueba de la normalidad para las variables de estudio finalmente se presentan las pruebas estadísticas para cada uno de los objetivo e hipótesis.

Características de los participantes. La muestra fue de 220 participantes. El 80% de los participantes fue del sexo femenino. La edad promedio de es de $M= 45.83$ años ($DE= 14.638$). Del total de la muestra el 48.2% de las personas tuvieron diagnóstico de OA y el resto no lo tiene.

Consistencia interna de los instrumentos. En la tabla 1, se presenta la confiabilidad del CSFQ-14, versión para mujeres y para hombres utilizado en este estudio, así como sus como sus subescalas. Se puede apreciar que los coeficientes alpha de Cronbach oscilaron en un rango aceptable (Burns & Grove, 2012).

Tabla 1. *Consistencia Interna de CSFQ- 14 por sexo*

Instrumentos	Reactivos	Alpha Cronbach
CSFQ14 – Mujeres.	1-14	.90
Placer.	1	N/A
Deseo- frecuencia.	2,3	.81
Deseo-interés.	4,5,6	.86
Excitación.	7,8,9,10	.82
Orgasmo.	11,12,13,14	.82

Nota: (n= 176) N/A= No aplica

(Continuación...)

CSFQ14 – Hombres.	1-14	.93
Placer.	1	N/A
Deseo- frecuencia.	2,3	.96
Deseo-interés.	4,5,6	.82
Excitación.	7,8,9,10	.90
Orgasmo.	11,12,13,14	.84

Nota: (n = 44) N/A= No aplica

Para evaluar la funcionalidad física se utilizó el instrumento RAPA el cual presentó una validez de constructo aceptable para la subescala RAPA aeróbicos ya que al correlacionarlo con la categoría de actividad física presentó una correlación alta ($r = .82, p < .05$).

Estadística descriptiva y prueba de normalidad. En la tabla 2, se presentan los datos descriptivos de las variables de los estudios en base a la puntuación total. La funcionalidad física y de la limitación para la actividad sexual. Se realizó la prueba de Kolmogórov Smirnov, a las variables de funcionalidad física y limitación para la actividad sexual y se encontró que la mayoría de las variables no presentaron distribución normal $p < .01$.

Para describir el dolor se utilizó la pregunta ¿ha tenido dolor inflamación o rigidez los últimos 7 días?, del total de la muestra $n = 220$ las personas que presentaron dolor fue el 69.3% mientras el resto contestó no presentaba dolor.

Tabla 2 *Estadística descriptiva y distribución de variables*

<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Valor Mínimo</i>	<i>Valor Máximo.</i>
Fun Física	220	2.29	.91	1	6
Lim. Sex	220	31.10	10.76	14	55

Nota: Fun Física= Funcionalidad Física, Lim.Sex = Limitación para la actividad sexual

Funcionalidad física y limitación para la actividad sexual en personas con y sin OA. Para responder a los objetivos específicos uno y dos, que refieren describir la funcionalidad física y limitación para la actividad sexual de las personas con y sin OA, se obtuvieron frecuencias y porcentajes para las categorías del RAPA y estadística descriptiva para el puntaje total del RAPA y la escala y subescalas del CSFQ-14.

Las personas con diagnóstico de OA presentaron dentro de la funcionalidad física $M=2.29$ ($DE=.914$) presentaron mayor porcentaje en la categoría poco activo 60.4%, y las personas sin diagnóstico de OA presentaron mayor porcentaje en la categoría poco activo 50,6% (ver tabla 3).

Tabla 3. *Características de la variable funcionalidad física*

Funcionalidad física por categorías (RAPA)	Diagnostico			
	Con OA		Sin OA	
	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
Sedentario	15	14.2	7	6.1
Poco activo	64	60.4	68	50.6
Poco activo regular ligero	20	18.9	28	24.6
Poco activo moderado	6	5.7	8	7.0
Poco activo vigoroso	0	0.0	11	0.9
Activo moderado	1	0.9	2	1.8

Nota: (n = 220) F= frecuencia

En la tabla 4, se puede apreciar que las personas con diagnóstico de OA presentaron mayor limitación sexual en la categoría de excitación $M=8.64$ ($DE=3.61$) y las personas sin diagnóstico de OA presentaron mayor limitación sexual en la categoría de excitación la $M=9.49$ ($DE=3.56$)

Tabla 4. *Características de la variable limitación para la actividad sexual por dimensiones*

Variable	Min	Max	Mediana	Media	DE
Limitación Sexual.	14	55	29	29.08	11.29
Placer	1	5	3	2.49	1.25
Deseo Frecuencia	2	9	5	4.48	2.14
Deseo interés	2	11	5	4.99	2.24
Excitación	4	18	9	8.64	3.61
Orgasmo	4	16	9	8.31	3.63
Sin OA					
Limitación Sexual	14	55	34	32.97	9.92
Placer	1	5	4	3.23	1.18
Deseo frecuencia	2	10	6	5.80	1.88
Deseo interés	3	12	5	5.35	2.33
Excitación	3	18	10	9.49	3.56
Orgasmo	4	16	9	8.97	3.41

Nota: OA= osteoartritis DE= desviación estándar

Diferencias de acuerdo al dolor de las personas con OA. Para responder el objetivo tres, que habla sobre describir la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual de las personas con OA de acuerdo al dolor, se realizó una prueba U Mann-Witney. No se presentaron diferencias significativas para ninguna de las variables de estudio de acuerdo al dolor (ver tabla 5).

Tabla 5. *Funcionalidad física y limitación para la actividad sexual por dolor.*

Variables	¿Ha presentado dolor en los últimos siete días?		<i>U Mann-Witney</i>	<i>p</i>
	Si	No		
	<i>M</i>	<i>M</i>		
Lim. Sex	51.24	64.56	593.0	.093
Placer	53.55	53.28	788.0	.972
Deseo frecuencia	51.64	62.58	628.5	.161
Deseo interés	51.87	61.47	648.5	.213
Excitación	50.43	65.44	559.0	.053
Orgasmo	51.08	65.33	579.0	.070
RAPA	54.63	48.00	693.0	.343

Nota= RAPA= funcionalidad Física, Lim.sex= limitación sexual, p <.05

Relación entre funcionalidad física y limitación para la actividad sexual en personas con OA. Para comprobar la hipótesis de estudio acerca de la relación negativa entre la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual. Cabe destacar que en el RAPA puntajes mayores significan mayor funcionalidad física

por el contrario en la escala CSFQ-14, dónde a menor puntaje existe una mayor limitación para la actividad sexual. De acuerdo esto se puede explicar las correlaciones positivas. Se encontró que a mayor funcionalidad física existía mayor placer ($r=.35, p<.01$), mayor deseo-frecuencia ($r=.23, p<.01$), mayor excitación ($r=.28, p<.01$) y mayor orgasmo ($r=.35, p<.01$).

Tabla 6. *Relación entre funcionalidad física y limitación para la actividad sexual.*

	Funcionalidad Física
Limitación sexual.	.322**
Placer	.353**
Deseo-Frecuencia	.235*
Deseo-Interés	.098
Excitación	.281**
Orgasmo	.354**

Nota: * $p<.05$, ** $p<.01$

Diferencias en las variables de estudio de acuerdo al diagnóstico de OA. En la tabla nueve se presentan las diferencias en las variables de acuerdo al diagnóstico esto para dar respuesta al objetivo general sobre comparar la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual en personas con OA y sin OA.

En el instrumento de RAPA en una puntuación de 1 a 6 a menor puntuación menor funcionalidad física, en la variable de limitación a menor puntuación, mayor limitación para la actividad sexual, en el RAPA las personas Con OA tienen menor Funcionalidad física ($p < .05$) y en la limitación para la actividad sexual las personas con OA presentaron menor puntuación en todas las categorías (placer, deseo frecuencia, deseo interés, excitación y orgasmo), por ende, las personas con diagnóstico de OA tienen menor funcionalidad Física y mayor limitación para la actividad sexual.

Tabla 7. *Diferencia de variables de acuerdo al diagnóstico.*

Variables	Con OA	Sin OA	<i>U Mann-Witney</i>	<i>P</i>
	M	M		
RAPA	102.47	117.97	5190.5	.040
Lim. Sex	98.45	121.70	4765.0	.007
Placer	91.55	128.1	4033.5	.000
Deseo frecuencia	73.74	104.7	2542.0	.000
Deseo interés	105.1	114.4	5474.0	.217
Excitación	102.0	117.3	5147.0	.072
Orgasmo	103.9	116.5	5349.5	.139

Nota= RAPA= funcionalidad Física, Lim.sex= limitación sexual. P < .05

Discusión

El propósito de este estudio fue comparar la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual entre las personas con osteoartritis y personas sin osteoartritis en una muestra de 220 participantes de una comunidad del área Metropolitana de Monterrey N. L. de edades a partir de los 18 años. A continuación, se discuten los resultados obtenidos para el objetivo general, los objetivos específicos y la hipótesis de estudio. Posteriormente se presentan las conclusiones y recomendaciones que se consideraron pertinentes.

Existe diferencia entre las personas con OA y las personas sin OA en cuanto a la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual, aquellas personas con OA presentaron menor funcionalidad física y mayor limitación para la actividad sexual, es decir que las personas con OA tienen mayor dificultad para realizar actividades físicas de la vida diaria, entre las que se encuentran la capacidad para alimentarse, vestirse, bañarse, el poder cocinar, ir de compras, limpieza del hogar, lavar ropa, las moderadas y vigorosas por lo tanto los limita a relacionarse íntimamente. Tristano (2011) al igual que en nuestro estudio refiere que las personas que presentan mayor discapacidad funcional referían mayor limitación al momento de relacionarse sexualmente.

Así mismo lo marcan la teoría de discapacidad de la OA de Wang, Chern y Chiou (2005), esta representa el ciclo de la OA con una retroalimentación entre el daño articular, el dolor, la debilidad muscular y las limitaciones, de acuerdo con esto se considera que los pacientes con OA restringen sus actividades para evitar el dolor asociado con el movimiento. Los autores refieren que la funcionalidad física se afecta por la debilidad muscular ya que los músculos pierden su capacidad de apoyar y proteger las

articulaciones, es decir que pierden agudeza y estabilidad. Por lo tanto, una articulación inestable soporta menos peso y es menos capaz de mover, causando que las articulaciones inestables y la marcha inadecuada den lugar a la degeneración de las articulaciones y se produce un daño causando discapacidad que puede conducir a la limitación de la actividad.

Las personas sin OA presentaron puntajes aparentemente más altos en la limitación para la actividad sexual que las personas diagnosticadas con OA. Es decir que las personas sin OA tienen menor limitación para la actividad sexual que las personas con OA, estas presentan menor puntaje por lo cual existe una limitación en su actividad sexual esto debido a que la OA produce rigidez y algunos cambios físicos los cuales limita su actividad sexual Helland et, al.,(2011) concuerda con los resultados del estudio el refiere que las personas con OA presentan cambios en su aspecto físico y pérdida de bienestar físico y función física, producido por la enfermedad por lo que limita su actividad sexual, al momento de relacionarse íntimamente.

No se encontraron diferencias significativas en la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual de las personas con osteoartritis de acuerdo al dolor, no hubo diferencias en la funcionalidad física debido a lo encontrado en este estudio ya que las personas con OA presentaron puntajes bajos en cuanto a su funcionalidad física siendo personas poco activas, de igual manera no hubo diferencias significativas en la limitación para la actividad sexual en las personas con OA por presencia del dolor. Plata, Castillo y Guevara (2005) contrario a lo encontrado en el estudio realizado nos dicen que el dolor está relacionado con la incapacidad funcional, y la presencia del dolor limita a las personas a la realización de actividades sexuales y actividades tales como el trabajo, vida social y actividades de la vida diaria.

La teoría de discapacidad de OA, nos dice las limitaciones en la actividad anticipan la restricción en la participación, ya que una persona experimenta dificultad para realizar actividades de acuerdo al dolor y deformidad en la articulación por lo que la OA afecta ambos dominios, por lo que se puede decir que el daño en las articulaciones y dolor muscular producen dolor lo cual disminuye la funcionalidad de las personas con OA y esto a su vez puede limitar su actividad sexual de manera general ya sea individual o en pareja.

A menor funcionalidad física mayor limitación para la actividad sexual en personas con osteoartritis. Las personas con OA presentaron menor funcionalidad física y por ende se ve limitada su actividad sexual en este estudio se encontró que a mayor funcionalidad física en las personas con OA existe mayor placer, mayor deseo frecuencia, mayor excitación y mayor orgasmo en cuanto a su actividad sexual. Lo anterior coincide con Uchoa et., al., (2014), quien reporto en su estudio que las personas físicamente activas obtuvieron mayores resultados en la función sexual en todos sus dominios, deseo, excitación, satisfacción y orgasmo.

El presente estudio tuvo algunas limitaciones, el muestreo fue no probabilístico lo cual afecta la representatividad de la población de estudio. Otra limitante fue la sensibilidad acerca de abordar temas de sexualidad y debido a esto algunos participantes se negaron a participar en el estudio.

Conclusiones

Existe diferencia entre las personas con OA y las personas sin OA en cuanto a la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual.

La funcionalidad física tanto en personas con OA y sin OA presentó puntajes bajos y en su mayoría las personas son poco activas.

Las personas sin OA presentaron puntajes aparentemente más altos en la limitación para la actividad sexual que las personas diagnosticadas con OA.

No se encontraron diferencias significativas en la funcionalidad física y la limitación para la actividad sexual de las personas con osteoartritis de acuerdo al dolor.

A menor funcionalidad física mayor limitación para la actividad sexual en personas con osteoartritis.

Referencias

- Admin. (2023, March 2). *Cerca del 50% de los pacientes reumáticos tiene alguna discapacidad sexual*. ConArtritis. <https://conartritis.org/cerca-del-50-de-los-pacientes-reumaticos-tiene-alguna-discapacidad-sexual/>
- B. (2006). Peer Reviewed: The Rapid Assessment of Physical Activity (RAPA) Among Older Adults. *Preventing Chronic Disease*, 3(4).
- Baures, M. R. (2018). Sexualidad y enfermedades reumáticas. *Reumatología Clínica*, 14(3), 125–126. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.02.011>
- Cabral, P. U. L., Canário, A. C. G., Spyrides, M. H. C., Uchôa, S. A. d. C., Eleutério, J. J., Giraldo, P. C., & Gonçalves, A. K. (2014). Physical activity and sexual function in middle-aged women. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 60(1), 47-52.
- Castro Ferreira, C., da Mota, L. M. H., Oliveira, A. C. V., de Carvalho, J. F., Lima, R. A. C., Simaan, C. K., dos Santos Neto, L. L. (2013). Frequency of sexual dysfunction in women with rheumatic diseases. *Revista Brasileira de Reumatologia (English Edition)*, 53(1), 35-46.
- Clark, P., Contreras, D., Ríos-Blancas, M. J., Steinmetz, J. D., Ong, L., Culbreth, G. T., Lenox, H., Mendoza, C. F., & Razo, C. (2023). Análisis de la discapacidad por trastornos musculoesqueléticos en México de 1990 a 2021. *Gaceta Médica De México*, 159(6). <https://doi.org/10.24875/gmm.23000394>
- De Salud Para El Bienestar, I. (n.d.). Día Mundial de la Artritis y las Enfermedades Reumáticas | 12 de octubre. . . gov.mx. <https://www.gob.mx/insabi/articulos/dia-mundial-de-la-artritis-y-las-enfermedades-reumaticas-12-de-octubre#:~:text=De%20acuerdo%20con%20un%20estudio,por%20cada%20100%20mil%20personas.>
- De Salud, S. (n.d.). 336. *Presentan resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2020-2023*. gov.mx. <https://www.gob.mx/salud/prensa/336->

presentan-resultados-de-la-encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-ensanut-2020-2023

- Fuentes, J. V. (2021). Artrosis y dolor: la complejidad e impacto de un síntoma. *Revista De La Sociedad Española Del Dolor*.
<https://doi.org/10.20986/resed.2021.3886/2021>
- Gaspar-Carrillo, S. P., Guevara-López, U. M., Covarrubias-Gómez, A., Leal-Gudiño, L., & Trejo-Ángeles, B. (2007). Evaluación de la funcionalidad en el paciente con osteoartrosis degenerativa. *Rev Mex Anest*, 30(1), 20-25.
- González-Rendón, C., & Moreno-Monsiváis, M. G. (2007). Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. *REVISTA-SOCIEDAD ESPANOLA DEL DOLOR*, 14(6), 422.
- Helland, Y., Kjekken, I., Steen, E., Kvien, T. K., Hauge, M. I., & Dagfinrud, H. (2011). Rheumatic diseases and sexuality: Disease impact and self-management strategies. *Arthritis care & research*, 63(5), 743-750.
- Hernández-Cáceres, A. E., Rodríguez-Amado, J., Peláez-Ballestas, I., Vega-Morales, D., & Garza-Elizondo, M. A. (2015). Factors associated with treatment of osteoarthritis: Analysis of a COPCORD study in Nuevo León, México. *Reumatología Clínica*.
- Keller, A., McGarvey, E. L., & Clayton, A. H. (2006). Reliability and construct validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire short-form (CSFQ-14). *Journal of sex & marital therapy*, 32(1), 43-52.
- Llerena, G. A. R., Coello, A. P., Toledano, M. G., Martínez, A. H., Aguilera, I. R. L., Mederos, I. F., . . . Moya, R. T. (2003). Validación de la versión cubana de la dimensión física del Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ) en cubanos con Artritis Reumatoide.(CU-HAQ). *Revista Cubana de Reumatología*, 4(1), 43-55.
- Murphy, L., & Helmick, C. G. (2012). The impact of osteoarthritis in the United States: a population-health perspective. *AJN The American Journal of Nursing*, 112(3), S13-S19.

- National institutes of health. (2023). Osteoarthritis | Temas de salud | NIAMS: Osteoarthritis: Diagnóstico, tratamiento y pasos a seguir, from <https://www.niams.nih.gov/es/informacion-de-salud/osteoarthritis/basics/diagnosis-treatment-and-steps-to-take>
- Osteoarthritis | Cigna. (n.d.). <https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/temas-de-salud/osteoarthritis-hw125723>
- Peláez-Ballestas, I., Sanin, L. H., Moreno-Montoya, J., Alvarez-Nemegyei, J., Burgos-Vargas, R., Garza-Elizondo, M., . . . Zamudio, J. (2011). Epidemiology of the rheumatic diseases in Mexico. A study of 5 regions based on the COPCORD methodology. *The Journal of Rheumatology*, 86, 3-8.
- Programa de la Salud, P. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.
- Rosenbaum, T. Y. (2010). Musculoskeletal pain and sexual function in women. *The journal of sexual medicine*, 7(2pt1), 645-653.
- Topolski, T. D., LoGerfo, J., Patrick, D. L., Williams, B., Walwick, J., & Patrick, M. M.
- Tristano, A. G. (2009). The impact of rheumatic diseases on sexual function. *Rheumatology international*, 29(8), 853-860.
- World Health Organization: WHO & World Health Organization: WHO. (2023, July 14). Artrosis. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/osteoarthritis>
- Xibillé-Friedmann, D., Álvarez-Fuentes, M., Flores-Flores, G., Gudiño-Quiroz, J., & Cruz-Valdez, A. (2005). Percepción de la Sexualidad en pacientes con enfermedades reumáticas: estudio piloto de casos y controles. *Reumatología Clínica*, 1(1), 20-24.