

A stylized illustration in white and light blue lines on a dark background. It features a central plant with large leaves and a vertical stem. To the left, a woman stands with her hand on her hip, and a man stands next to her. To the right, a woman stands with her arms crossed, and a man stands next to her. In the foreground, there are silhouettes of a child and a woman. The background has a circular pattern in the top left and a sun-like pattern in the top right.

**INVESTIGACIÓN SOBRE  
SEXUALIDAD RESPONSABLE EN  
ADOLESCENTES Y JÓVENES**

**RAQUEL ALICIA BENAVIDES TORRES**

**DORA JULIA ONOFRE RODRÍGUEZ**

INVESTIGACIÓN SOBRE SEXUALIDAD RESPONSABLE EN ADOLESCENTES Y  
JÓVENES

## **Evaluadores**

El libro Investigación sobre Sexualidad Responsable en Adolescentes y Jóvenes, fue dictaminado en su totalidad, así como cada uno de los capítulos que se presentan. El arbitraje se realizó por pares-doble ciego, a cargo del comité científico de la Red de Investigación en Sexualidad, el cual dictaminó que la obra es pertinente para su difusión y publicación

## **Comité científico de la Red de Investigación en Sexualidad**

Dra. Rosalva Del Carmen Barbosa Martínez

Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila

Dra. María Aracely Márquez Vega

Dr. Guillermo Cano Verdugo

Dra. Patricia Marisol Márquez Vargas

Dr. Jesús Alejandro Guerra Ordoñez

INVESTIGACIÓN SOBRE SEXUALIDAD  
RESPONSABLE EN ADOLESCENTES Y JÓVENES

Raquel Alicia Benavides Torres

Dora Julia Onofre Rodríguez

Primera edición 2025

---

Benavides-Torres, Raquel A.

Investigación sobre Sexualidad Responsable en Adolescentes y Jóvenes/ Raquel A. Benavides-Torres  
y Dora J. Onofre-Rodríguez

Monterrey, Nuevo León: Universidad Autónoma De Nuevo León, 2025.

355 páginas

ISBN: 978-607-27-2593-5

1.Sexualidad 2.Adolescentes 3.Salud sexual

---

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

©Raquel A. Benavides-Torres y Dora J. Onofre-Rodríguez

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/>

---

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra –incluido el diseño tipográfico y de portada–,  
sin el permiso escrito

---

Libro Electrónico Monterrey, México

e-book Monterrey, México



**Dra. Raquel Alicia Benavides Torres**

Realizó sus estudios de Doctorado en Enfermería en la Universidad de Texas en Austin en el área de relaciones padre-hijo. Es profesora Titular B de Tiempo Completo y Secretaría de Programas de Doctorado de la Facultad de Enfermería de la UANL. Asimismo, es miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (Nivel 2). Líder de la línea de investigación Sexualidad Responsable y Prevención de ITS-VIH/SIDA. Cuenta con diversas publicaciones en revistas indexadas libros, capítulos de los libros, y memorias en extenso. Reconocimiento como Maestro con perfil PRODEP y Certificación como Enfermera Docente por el Consejo Mexicano de Certificación en Enfermería. Imparte cátedra y asesora de Tesis de Maestría y Doctorado en Ciencias de Enfermería en Programas consolidados dentro del SNP.

e-mail: raquel.benavidestr@uanl.edu.mx

**Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez**

Doctora en Filosofía con especialización en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social por la UANL Es profesora titular B de Tiempo Completo y Secretaría de Programas de Especialidad y Maestría en la Facultad de Enfermería de la misma universidad. Miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (Nivel I), y de la línea de investigación Sexualidad Responsable y Prevención de ITS-VIH/SIDA. Sus investigaciones abordan temas de género, sexualidad y prevención del VIH/SIDA en poblaciones clave y vulnerables. Ha publicado artículos en revistas nacionales e internacionales, así como libros y capítulos. Imparte cátedra y asesora tesis de Maestría y Doctorado en Ciencias de Enfermería en programas reconocidos por el Sistema Nacional de Posgrados.

e-mail: dora.onofrerr@uanl.edu.mx

## Contenido

<b>Capítulo 1</b> Actitudes y Prácticas Anticonceptivas en Mujeres Jóvenes de Comunidades Indígenas	<b>8</b>
<b>Capítulo 2</b> Influencia de las Normas Subjetivas en la Conducta Sexual y Prevención del VIH/Sida en Adolescentes	<b>66</b>
<b>Capítulo 3</b> Factores Psicosociales en la Prevención del VIH/Sida: Creencias e Intenciones Sexuales de Adolescentes en Comunidades Marginadas	<b>110</b>
<b>Capítulo 4</b> Percepciones de Beneficios y Barreras en Jóvenes para la Realización de la Prueba de VIH	<b>148</b>
<b>Capítulo 5</b> Comunicación y Creencias de los Padres Sobre Temas Sexuales en Adolescentes	<b>207</b>
<b>Capítulo 6</b> Impacto de las Normas Subjetivas en la Prevención del VIH/Sida y las Intenciones Sexuales de Adolescentes Universitarios	<b>236</b>
<b>Capítulo 7</b> El Papel del Apoyo Familiar en la Conducta Sexual Segura y el Afrontamiento del Riesgo Sexual	<b>270</b>
<b>Capítulo 8</b> El Apoyo Familiar y su Impacto en la Conducta Sexual Segura y la Incertidumbre Sexual en Jóvenes Universitarios	<b>311</b>

## PREFACIO

La salud sexual y la sexualidad responsable son aspectos fundamentales en la vida de los jóvenes y adolescentes, dado que tienen un impacto directo sobre su bienestar físico, emocional y social. En esta etapa de desarrollo, los jóvenes enfrentan una serie de desafíos relacionados con la comprensión y el manejo de su sexualidad, un área que está profundamente influenciada por factores biológicos, sociales y culturales. Sin embargo, el contexto en el que crecen —caracterizado por un entorno saturado de información, a menudo contradictoria o confusa— puede ponerlos en situaciones de riesgo si no cuentan con los recursos adecuados para tomar decisiones informadas. De ahí la importancia de abordar estos temas desde una perspectiva integral, que considere no solo los aspectos biológicos y médicos, sino también los factores psicosociales, emocionales e interpersonales que inciden en sus conductas. Este enfoque es esencial para garantizar que los jóvenes puedan tomar decisiones sexuales responsables que favorezcan su salud y bienestar.

En los estudios revisados, se destaca que, en particular, los jóvenes masculinos tienden a percibir una mayor aprobación social hacia las conductas sexuales, lo que puede influir en su disposición a asumir riesgos sin considerar las consecuencias. Este fenómeno está relacionado con las expectativas sociales y los estereotipos de género que, en muchos casos, promueven la sexualidad masculina como un indicador de virilidad o de estatus social. Como resultado, muchos adolescentes masculinos pueden sentir una presión para participar en actividades sexuales sin la preparación emocional o el conocimiento adecuado. En contraste, otros factores como las creencias y actitudes personales hacia la sexualidad, el uso



de anticonceptivos y la abstinencia, juegan un papel determinante en la toma de decisiones sobre la conducta sexual. De hecho, muchos jóvenes muestran actitudes positivas hacia la abstinencia y el uso de métodos de protección, como los condones, lo que demuestra que existe una intención generalizada de protegerse y evitar enfermedades de transmisión sexual (ETS). Sin embargo, aunque las intenciones pueden estar presentes, en ocasiones la falta de acceso a recursos y de educación adecuada impide que estas intenciones se traduzcan en comportamientos responsables.

Un hallazgo importante es que, a pesar de la intención de muchos jóvenes de hacerse pruebas de VIH y otras ITS, existen barreras significativas que dificultan el acceso a estos servicios. El miedo al estigma y a la discriminación, junto con la falta de acceso a servicios de salud adecuados, son obstáculos que impiden que muchos jóvenes realicen las pruebas que podrían detectar infecciones de manera temprana. Para superar estas barreras, es crucial implementar campañas de sensibilización y educación en torno a la importancia de la prevención y la detección temprana de enfermedades. La integración de la educación sobre el VIH y otras ITS en los programas de educación sexual resulta fundamental para que los jóvenes comprendan que hacerse pruebas regularmente y adoptar conductas preventivas son medidas esenciales para proteger su salud. Estas campañas deben abordar tanto la prevención como el tratamiento, destacando la importancia de la regularidad en las pruebas y la necesidad de un enfoque proactivo en cuanto a la salud sexual.

En este contexto, el apoyo familiar juega un papel crucial en la promoción de conductas sexuales responsables. Los jóvenes que perciben un entorno familiar

de apoyo, comprensión y apertura hacia el diálogo sobre sexualidad son más propensos a adoptar comportamientos sexuales más saludables. El apoyo familiar puede actuar como un factor protector frente al riesgo sexual, ya que los adolescentes se sienten más seguros al tomar decisiones informadas y responsables cuando cuentan con el respaldo de sus padres o tutores. De esta manera, involucrar a las familias en los programas de educación sexual es esencial para crear un ambiente que favorezca el bienestar de los jóvenes. El fortalecimiento de la comunicación familiar es clave, y para ello, se deben diseñar intervenciones que promuevan un diálogo abierto y libre de juicios sobre temas de sexualidad, donde los jóvenes se sientan cómodos compartiendo sus preocupaciones y dudas.

Además, la calidad de la relación familiar, en términos de cercanía y confianza, influye directamente en la efectividad de la comunicación sobre sexualidad. Los padres que tienen una actitud abierta y sin prejuicios al hablar sobre temas como la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y los embarazos no deseados logran que sus hijos estén mejor informados y sean más conscientes de los riesgos y las responsabilidades asociados con la actividad sexual. Sin embargo, también es importante destacar que la escolaridad de los padres desempeña un papel crucial en este proceso. Los padres con niveles educativos más altos suelen tener una comprensión más profunda de los temas relacionados con la salud sexual y, por lo tanto, están mejor equipados para transmitir información precisa y útil a sus hijos. Por ello, es fundamental incluir a los padres en los programas de educación sexual, ofreciendo capacitación sobre los aspectos esenciales de la salud sexual y proporcionando recursos que les permitan desempeñar un papel activo en la orientación y el apoyo de sus hijos.

El análisis también aborda las particularidades de los jóvenes indígenas en relación con su salud sexual, quienes, aunque muestran actitudes positivas hacia el uso de anticonceptivos, enfrentan barreras adicionales que dificultan el acceso a estos métodos. Entre las principales barreras se encuentran el alto costo de los anticonceptivos, la falta de información adecuada sobre su uso correcto y la dificultad para negociar su uso con las parejas. Es fundamental que las intervenciones se adapten a las realidades culturales y sociales de las comunidades indígenas, para que los jóvenes puedan recibir el apoyo necesario y acceder a los recursos que les permitan tomar decisiones informadas y responsables en cuanto a su salud sexual y reproductiva.

En conclusión, abordar la salud sexual y la sexualidad responsable en los jóvenes requiere una intervención multidimensional que considere los aspectos individuales, sociales y culturales. Es esencial proporcionar una educación sexual integral que incluya información sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS, además de promover el apoyo familiar y comunitario. Solo a través de un enfoque inclusivo y bien estructurado se podrá garantizar que los jóvenes tengan las herramientas necesarias para tomar decisiones responsables y saludables en cuanto a su sexualidad.

Estos hallazgos forman parte del trabajo realizado dentro de la *Red de Investigación en Sexualidad*, lo que permite enmarcar estas observaciones en un contexto colaborativo más amplio, promoviendo un enfoque multidimensional y fundamentado en el análisis de las dinámicas sexuales en la juventud.

## ***CAPÍTULO 1***

### **ACTITUD Y CONDUCTA ANTICONCEPTIVA EN MUJERES JÓVENES INDÍGENAS**

*Yesenia Ramírez Espinobarros*

*Raquel Alicia Benavides Torres*

*Berenice Juan Martínez*

*Dora Julia Onofre Rodríguez*

#### **Introducción**

Los embarazos no planeados y a temprana edad son un problema de salud pública que afecta negativamente la salud, educación y economía de las mujeres jóvenes y la de sus hijos/hijas. Los embarazos no planeados se presentan cuando no existe el uso de anticonceptivos, ante la falla o la ineffectividad en la administración de métodos anticonceptivos de emergencia después de las relaciones sexuales. Los embarazos no planeados traen consigo consecuencias negativas en la vida de las jóvenes, como el posible rechazo por parte de la pareja,

la familia, los amigos y las instituciones educativas, posibilidades de abandono escolar y problemas económicos. Aunado a la posibilidad de ser madres solteras expuestas a un mayor grado de vulnerabilidad (Maque et al., 2018).

La Organización Mundial de la Salud ha señalado los riesgos médicos asociados al embarazo a temprana edad, como son la enfermedad hipertensiva, anemia, bajo peso al nacer y parto prematuro, en conjunto con la nutrición insuficiente, que elevan las cifras de morbilidad y mortalidad maternas y aumentan de dos a tres veces la mortalidad infantil, en comparación con los grupos de 20 a 29 años (Mora & Hernández, 2015). A nivel mundial, 16 millones de mujeres de 15 a 19 años dan a luz cada año, de las cuales la mayoría ocurren en países de ingresos bajos y medianos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

En América Latina y el Caribe las tasas de embarazos no planeados continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada mil niñas de entre 15 y 19 años (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2018). México ocupa el primer lugar en embarazos a temprana edad entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años (Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2020). En el Estado de Guerrero, el grupo de mujeres de entre 15 y 19 años representó el 18 % del total de las mujeres en edad fértil, con un total de 172,479. En el 2019, de acuerdo con los datos reportados en el Sistema Nacional de Información en Salud, se registraron un total de 11,152 nacimientos de madres menores de 20 años (Grupo para la Prevención del Embarazo en Adolescentes [GEPEA] 2018; Sistema Nacional de Información en Salud [SINAIS], 2019).

Las jóvenes son un grupo vulnerable debido a la etapa de cambios que presentan. La Organización de las Naciones Unidas define a la juventud como la población comprendida entre los 15 y 24 años, que es el periodo de transición entre la infancia y la edad adulta. En esta etapa se procesa la construcción de identidades y todo dependerá del modo de comportarse y actuar, además de todas aquellas proyecciones, expectativas y sueños que el individuo tenga para empezar a moldear para su vida futura (Instituto Mexicano de la Juventud [IMJUVE], 2017). Aunado a esta etapa de transición, en las comunidades rurales, el embarazo en mujeres jóvenes indígenas está relacionado con la maternidad, ya que es parte de su cultura donde, al ser madres, se afirman como mujeres y la educación en casa consiste en transmitir que su principal rol en la vida es ser madre (Secretaría de Educación Pública [SEP], 2012).

En México, las mujeres indígenas presentan una mayor desventaja y han sido afectadas por embarazos a temprana edad. De acuerdo con la Encuesta Intercensal en el 2015, la población indígena era de 12 millones 25 mil 947 personas, lo que constituye el 10.1% de la población total; entre ellos, el 51.1%, equivalente a 6 millones 146 mil 479, son mujeres (Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas [INPI], 2018). En el estado de Guerrero, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, hasta el 2010, había 456,774 habitantes mayores de 5 años que hablaban una lengua indígena (INEGI, 2010).

La fecundidad de las mujeres jóvenes hablantes de lengua indígena fue de 82.8 nacimientos por cada mil mujeres entre 15 y 19 años, lo cual es mayor a la que presentan las jóvenes no hablantes de lengua indígena con 61.4 nacimientos por cada mil mujeres (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2015). El

sistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) en el 2018 reportó 26,053 nacimientos en mujeres indígenas de 15 a 19 años (UNFPA, 2020).

El Sistema Nacional de Información en Salud [SINAIS] en el 2010 reporta que aproximadamente el 17% se embaraza a temprana edad, de las cuales 10% entre los 9 y 14 años y 7% entre los 15 y 19 años (López, 2019). Por su parte, la Dirección General de Estudios Sociodemográficos y Prospectiva (2019) reporta que el 48.6% de los embarazos en mujeres indígenas de 15 a 19 años fueron no deseados o no planeados. La mayoría de estos embarazos son el resultado de no usar anticonceptivos o de no usarlos de manera constante y correcta. En México, de acuerdo con los datos reportados por la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica [ENADID], solo el 59.9% de los jóvenes de 15 a 19 años y el 59% de entre 20 a 24 años usaron algún método anticonceptivo en la primera relación sexual (ENADID, 2018). En Guerrero, el uso actual de métodos anticonceptivos en las jóvenes de 15 a 19 años sexualmente activas fue de 57.6 %. Y el porcentaje de necesidad insatisfecha en las jóvenes fue del 22% (GEPEA, 2018).

Existen escasos estudios sobre el uso de métodos anticonceptivos en mujeres jóvenes indígenas; sin embargo, en un estudio realizado en el 2014, se hizo una comparación y se reportó que más de la mitad de las adolescentes de 15 a 19 años hicieron uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, contrario a los jóvenes hablantes de alguna lengua indígena, pues solo fue una de cada cinco (Dirección General de Estudios Sociodemográficos y Prospectiva, 2019).

En México, las proporciones más altas de mujeres con necesidades anticonceptivas insatisfechas se concentran en los grupos con mayores desventajas

socioeconómicas, tales como la población rural, las mujeres con escasa o nula escolaridad y la población hablante de lengua indígena. Truong et al. (2020), en un estudio realizado en Chiapas en población indígena, encontraron que tan solo el 37.4% utiliza métodos anticonceptivos; los más utilizados fueron la inyección bimestral 10.9%, implante 10.9%, preservativos 3.7%, inyección mensual 2.9% y el dispositivo intrauterino (DIU) 9%. Por su parte, Covarrubias et al. (2016), en un estudio realizado en la Ciudad de México en jóvenes no indígenas sobre la prevalencia del uso de anticonceptivos, encontraron que el mayor uso fue el preservativo masculino (84%), dispositivo intrauterino (8%), hormonales orales (4%), implante (2%) y la esterilización tubárica (2%). Se puede observar que las mujeres indígenas utilizan menos los métodos anticonceptivos que las mujeres no indígenas.

Las razones más comunes para no utilizar métodos anticonceptivos fueron: rechazo del método, inactividad sexual, falta de un centro de salud cercano, uso de un método de planificación natural, los efectos secundarios de los métodos, así como también la oposición de la pareja y la falta de autonomía de las mujeres indígenas en la elección de los métodos (Truong et al., 2020). Estas razones pueden influir en las creencias y estas a su vez influir en el uso de los métodos anticonceptivos. Respecto a esto, Fishbein y Ajzen (1980) en la teoría de acción razonada y conducta planificada refieren que las creencias conductuales, también denominadas actitudes, influyen en el comportamiento de los individuos. Por lo que las actitudes anticonceptivas pueden influir en que las mujeres jóvenes indígenas usen o no un método anticonceptivo (Rukundo et al., 2016).



Adicionalmente, el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres jóvenes indígenas se convierte en un problema debido a que estas mujeres se encuentran en una triple desventaja social por ser mujeres, vivir en situaciones de pobreza y por ser indígenas (Valdivieso, 2014). Algunos factores sociodemográficos que pueden influir en el uso de los métodos anticonceptivos son la edad de inicio de las relaciones y los años de estudio. El inicio de vida sexual a temprana edad favorece tener múltiples parejas sexuales y un menor uso de métodos anticonceptivos. Del mismo modo, la escolaridad interviene de manera positiva en la salud reproductiva, ya que proporciona un mayor conocimiento y mejor uso de los métodos anticonceptivos (Cruz et al., 2019; CONAPO, 2016).

La importancia de estudiar a la población indígena se debe a la escasa literatura sobre esta población. Conocer las conductas y las actitudes de las mujeres jóvenes indígenas pueden contribuir a la realización de programas de salud sexual y de alguna manera se podrá incidir en la disminución de los embarazos a temprana edad que afectan a las mujeres indígenas y a las poblaciones que se encuentran con mayor desventaja.

Los resultados obtenidos de este estudio contribuyen a ampliar el conocimiento sobre estas variables en la población indígena y constituyen un punto de partida para conocer el uso de los métodos anticonceptivos y las actitudes en la población indígena y, en un futuro, poder implementar distintas estrategias de salud sexual por el personal de enfermería. La información obtenida de este estudio permite brindar información de manera más precisa considerando las creencias y los aspectos culturales de la población indígena, para poder hacer consciencia en los jóvenes sobre la importancia de ejercer su sexualidad con

responsabilidad, haciendo uso de los métodos anticonceptivos para disminuir los embarazos no deseados y/o no planeados.

### **Marco teórico-conceptual**

Para el presente estudio se tomaron algunos conceptos de la Teoría de Acción Razonada (TAR) (Ajzen & Fishbein, 1980) y Conducta Planeada (Ajzen, 1991) de Fishbein y Ajzen. Esta teoría explica el comportamiento de las personas en contextos disímiles, como puede ser la salud, la cultura, el ámbito laboral o el propiamente social. La TAR es una teoría general de la conducta humana que establece una conexión entre creencias, actitudes, intenciones y comportamiento, los cuales se encuentran relacionados con la toma de decisiones a nivel conductual. Los autores parten del supuesto de que los seres humanos son esencialmente racionales y que esta cualidad les permite hacer uso de la información disponible para el ejercicio de las acciones o conductas emprendidas. De esta forma, la teoría se relaciona con la predicción y el entendimiento de los factores que llevan a formar y cambiar las intenciones conductuales que posteriormente llevarán a la conducta en cuestión (Rueda et al., 2013). Para fines de este estudio, se utilizaron los conceptos “actitud” y “conducta”, que se explican a continuación.

Fishbein (1967) define a la actitud como una predisposición aprendida a responder a un objeto en forma consistentemente favorable o desfavorable; este componente apunta a los sentimientos positivos o negativos del sujeto respecto de su conducta en cuestión (Dorina, 1993). Para Festinger (1964), la actitud es la organización duradera de creencias y cogniciones en general, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de un objeto social definido, que predispone a una acción coherente con las cogniciones y afectos relativos a dicho objeto (Escalante

et al., 2012). La actitud hacia la conducta como variable inicial, que viene determinada por las creencias de la persona sobre los resultados de la conducta que pretende, por la valoración de tales resultados y por la experiencia, lo que se traduce en una forma aprendida de responder (favorable o desfavorable) a un evento de manera consistente (Huéscar et al., 2014).

Si el individuo cree con más fuerza que la realización de una conducta le traerá consecuencias positivas, entonces su actitud será positiva en proporción a la fuerza de su creencia (Fishbein, 2018). Para este estudio, se consideró que, si las mujeres jóvenes indígenas creen que usar métodos anticonceptivos tendrá consecuencias positivas como evitar embarazos a temprana edad, su actitud hacia los métodos anticonceptivos será positiva. La actitud de una persona hacia un objeto puede ser medida al multiplicar su evaluación de cada atributo asociado con el objeto por su probabilidad subjetiva de que el objeto tiene tal atributo y sumando los productos para el total del grupo de creencias (Fishbein, 2018). Las actitudes hacia la conducta son, a su vez, una función de las creencias conductuales, llamadas así porque dirigen la conducta y pertenecen a los individuos (Fishbein, 2018). Para este estudio, las actitudes son las opiniones, así como la evaluación positiva o negativa de las mujeres jóvenes indígenas respecto al uso de métodos anticonceptivos.

Para Fishbein y Ajzen, la conducta se concibe como resultado final de un proceso pensado, elaborado, racional y lógico (Fishbein, 2018). Por su parte, Skinner (1971) refiere que la conducta es la actividad continua y coherente de un organismo íntegro (Polanco, 2016). Davis (1988) define el comportamiento humano como todas las actividades expresadas físicamente por el ser humano y

todos sus procesos mentales manifestados por medio de expresiones orales como los sentimientos y los pensamientos, que un individuo manifiesta cuando se encuentra en una situación social en particular (Cobo, 2003). La conducta en cuestión para fines de este estudio es el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres jóvenes indígenas.

Por lo tanto, este estudio considera que la conducta es el resultado del proceso de análisis acerca de los pros y contras; en otras palabras, las actitudes influyen en la conducta anticonceptiva de las mujeres jóvenes indígenas. De acuerdo con la teoría de acción planeada, establece que entre más alto sea el nivel de percepción positiva, mayor probabilidad de que se dé la conducta. Para fines de este estudio, entre más alta sea la aceptación que se tiene sobre el uso de métodos anticonceptivos, mayor es la probabilidad de que exista la conducta anticonceptiva en las mujeres jóvenes indígenas (figura 1).

## Estructura conceptual-teórico-empírica

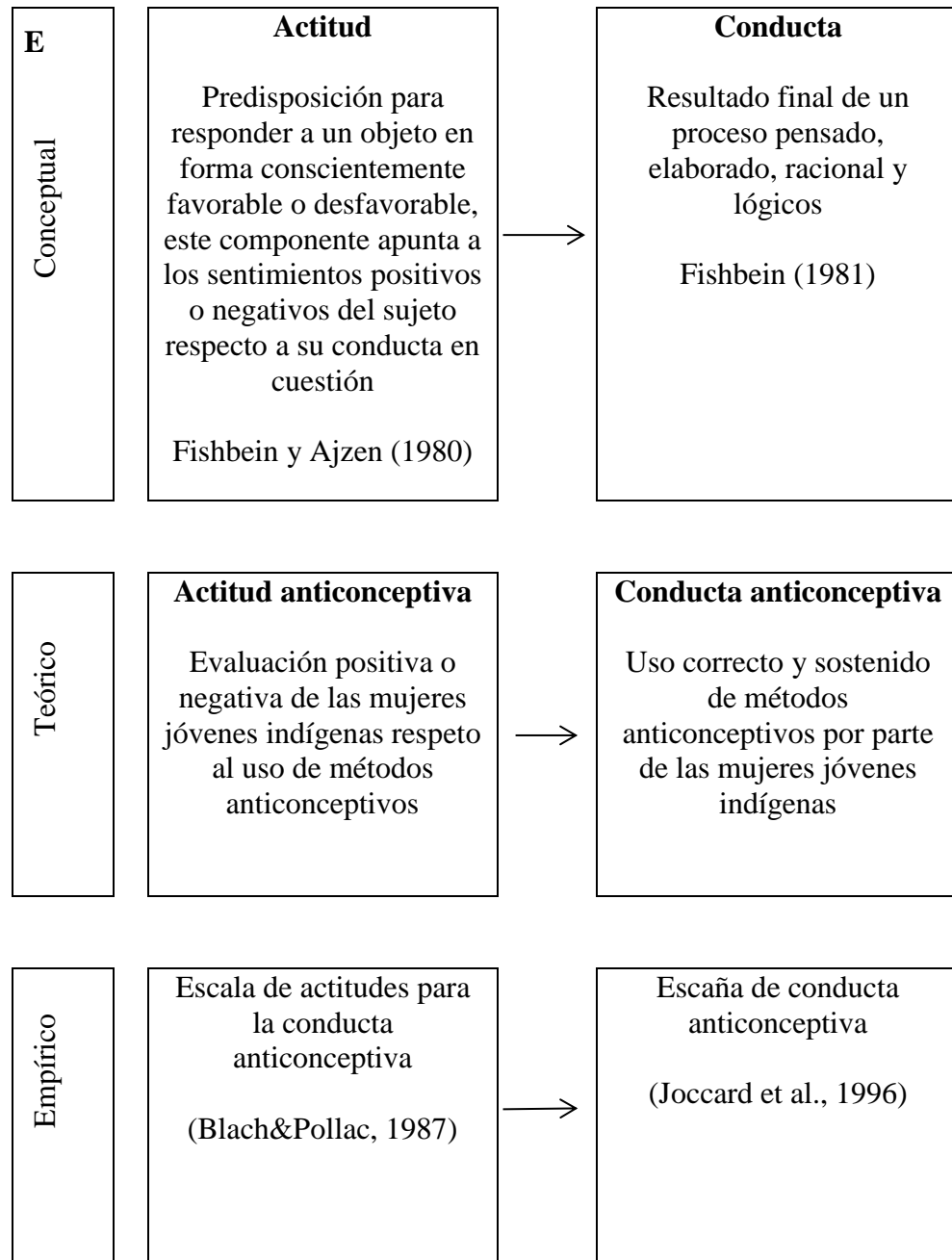


Figura 1. Estructura que incluye lo más abstracto en la parte superior, seguido de las definiciones en el presente estudio y los indicadores empíricos

## Estudios relacionados

A continuación, se presentan los estudios que abordan las variables de interés; es importante mencionar que el principal criterio para la elección de los estudios fue que los participantes incluyeran jóvenes pertenecientes a una etnia indígena o de comunidades rurales.

Calvillo y Rodríguez (2014) realizaron un estudio en el cual identificaron los conocimientos y comportamientos sobre salud sexual en 178 estudiantes adolescentes de origen maya de 12 a 18 años de Guatemala. De los cuales el 100% hablaba español y el 37% dominaba la lengua poqoman. Los autores reportaron que el 69% tiene un enfoque incorrecto sobre la sexualidad. El 95.7% reporta que la mejor edad para tener relaciones sexuales es a partir de los 17 años; de estos, el 85.9% de los hombres y el 78.1% de las mujeres piensan que las mujeres pueden iniciar sus relaciones sexuales a más temprana edad que los varones, ya que se tiene la creencia de que la menarquia marca el inicio de la vida sexual y es cuando una mujer puede comenzar a procrear.

El 66% cree que el condón es el mejor método para prevenir un embarazo, el 25.2% inició relaciones sexuales con una proporción de 5 a 1, de los cuales el 25% refiere que se debe tener relaciones sexuales por amor y el 21% hasta que se case. Respecto a la responsabilidad de protegerse en la relación sexual, el 72% señaló que es del hombre y la mujer. Reporta el uso del condón en un 13% durante la primera relación sexual para protegerse de un embarazo. Sobre el uso de métodos anticonceptivos en general, se reportó que de los que iniciaron relaciones sexuales, un 66% usó algún método, siendo el más utilizado el condón en combinación con las pastillas.

Caudillo (2016) realizó un estudio en el cual desarrolló y evaluó un modelo de conducta anticonceptiva en mujeres jóvenes de 18 a 24 años, estudiantes de la Facultad de Enfermería en Monterrey, Nuevo León. Los resultados mostraron que el método más utilizado fue el condón con 65.1%, anticoncepción oral 26.2%, coito interrumpido 24.9%, pastillas 23.1%, método del ritmo 16.3% y el dispositivo intrauterino con el 4.1%. Respecto a las jóvenes que utilizaban un método en el momento del estudio, el 53.6% usaban algún método anticonceptivo, el 46.4% no utilizaba ningún método. Se encontró que las mujeres con actitudes anticonceptivas positivas tuvieron una mejor conducta anticonceptiva, reportando una  $r = -.41$  ( $p < .001$ ). Considerando como variable dependiente la conducta anticonceptiva, se encontró asociación con las actitudes ( $B = -1.60$ ;  $p < .001$ ).

Scott et al. (2015) realizaron un estudio con 155 aborígenes australianos de 16 a 24 años en el norte de Queensland, con el objetivo de examinar su comportamiento sexual y la búsqueda de asistencia sanitaria. La media de edad a la primera relación sexual fue de 15 años; los hombres tuvieron relaciones sexuales a más temprana edad que las mujeres; el uso del condón con la última pareja casual fue de 92% en los hombres y 68% en las mujeres; las principales razones para no utilizar condón fueron: la confianza en pareja o porque a la pareja no le gustan los condones (32%), la falta de acceso a los mismos (23%) y por tener relaciones sexuales no planificadas (18%). Kalolo y Kibusi (2015), realizaron un estudio en el cual examinaron la influencia del control del comportamiento percibido, las normas subjetivas, las actitudes y el empoderamiento en la intención y el uso de condones en 403 adolescentes en zonas rurales de Tanzania de 14 a 19 años. Los autores reportaron que el 40.6% de los participantes fueron sexualmente activos,

de los cuales el 57.3% son hombres y el 42.7% mujeres. El 85% de los adolescentes sexualmente activos iniciaron relaciones sexuales entre los 14 y los 17 años, destacando que un 15.3% comenzó a una edad menor a los 14 años. El 50.3% no utilizó condón en la última relación sexual y el 50.7% ha tenido más de dos parejas sexuales. No existió diferencia entre hombres y mujeres respecto al uso del condón ( $p = .28$ ). Las actitudes no fueron diferentes en los adolescentes que sí usaron (10.4%) el condón en comparación con los que no lo usaron (11.23%;  $t = -1.45, p < .15$ ). Los autores reportan que las actitudes influyen en el uso del condón ( $AOR = .20, p < .05$ ).

Logie et al. (2018) realizaron un estudio con el objetivo de explorar los factores asociados con la actividad sexual y el uso de condón en 610 adolescentes de comunidades rurales de 13 a 18 años del noroeste de Canadá. Los autores reportaron que el 18.9% eran sexualmente activos, el 47% informó uso consistente de condón en los últimos 3 meses. El lugar de residencia rural influye en el uso del condón ( $aRR .57, IC = .47-.67, p < .001$ ). En el lugar de residencia con la vida sexual activa, se encontró que los adolescentes con residencia urbana tienden a ser activos sexualmente ( $p < .001$ ). No hubo diferencia significativa entre el uso de condón de los adolescentes que se identifican como indígenas y los no indígenas.

Meneses (2018) realizó un estudio en el cual determinó la relación de los factores personales biológicos, afectivos y cognitivos; ambientales interpersonales y socioculturales con la conducta sexual segura de 419 adolescentes nahuas de 15 a 19 años de las Lomas, Puebla. Los resultados que reporta son en relación con el uso del condón, el reactivo: Me da vergüenza usar condones. La media fue la más alta de ( $M = 3.97$ ), en contraste con el reactivo: Las relaciones sexuales son más



divertidas cuando se usa un condón; obtuvo la más baja ( $M = 3.16$ ). Sin embargo, ambos corresponden a una actitud neutra de los participantes hacia el uso del condón. En cuanto a la actitud hacia el uso del condón, la  $M = 63.77$  ( $DE = 18.56$ ). La identidad étnica se asoció significativamente con el uso del condón y embarazo ( $r_s = -.17, p < .001$ ) con la intención del uso del condón ( $r_s = .17, p < .001$ ). De igual manera, se encontró que a mayor actitud positiva hacia el uso del condón ( $\beta = .20, t = 5.50, p < .001$ ), a mayor identidad étnica ( $\beta = .22, t = 6.70, p < .001$ ).

Mondragón y Vásquez (2020) realizaron un estudio en 164 adolescentes de 10 a 19 años en Piura, Perú, para determinar los factores asociados al uso de métodos anticonceptivos. En relación con el nivel de instrucción, el 45.73% de los adolescentes tuvieron secundaria incompleta. De este grupo, el 40.24% no accedió al método anticonceptivo y el 5.49% sí utilizó un método anticonceptivo; se encontró una asociación significativa con una  $p < .01$ .

Ritchwood et al. (2015) realizaron un estudio en el cual examinaron el impacto del conocimiento, las actitudes y creencias sobre la autoeficacia en el uso de condón en 465 adolescentes rurales de 10 a 14 años de cinco condados del este de Carolina del Norte. Los autores reportan una  $M = 1.57$  ( $DE = 1.56, rango = 0-6$ ) en cuanto al uso de condones y respecto a las actitudes hacia el uso de condón se reporta una  $M = 0.79$  ( $DE = 0.95, rango = 0-3$ ).

Rukundo et al. (2016) realizaron un estudio en el cual evaluaron los conocimientos, actitudes y percepciones hacia la transmisión y prevención del VIH de 245 adolescentes de secundaria de escuelas rurales y urbanas de entre 10 a 19 años del centro de Uganda. Los autores reportaron que, en relación con la actitud y el uso de condón, el 41.6% de los adolescentes, de los cuales el 20.4% de zonas

urbanas y el 21.2% de zonas rurales, reportaron que el uso de preservativos reduce el placer sexual. El 34.3% de los adolescentes con 18% de áreas urbanas y 16.3% de áreas rurales afirmaron que el uso de condón es signo de desconfianza. El 18.8% de los adolescentes, el 9.8% y el 9% de escuelas urbanas y rurales informaron que los condones son vergonzosos para comprar.

Sánchez y Gavilanes (2015) realizaron un estudio en 127 adolescentes atendidas en el Hospital Provincial Docente Ambato, Ecuador, de 13 y 19 años con el objetivo de determinar los principales factores que impiden el uso de métodos anticonceptivos para la prevención de embarazos. Respecto al nivel de estudios, los adolescentes que no cuentan con estudios no culminaron la primaria o solo cuentan con nivel primaria; se obtuvieron 2 (100%), 5 (62.5%) y 12 (80%). El uso de métodos anticonceptivos aumenta de acuerdo con el nivel de instrucción con una  $X^2 = 21.69$  ( $p = .0006$ ). Entre los niveles más bajos de instrucción de 25 pacientes, 19 (76%) mencionaron que no usaron métodos anticonceptivos y 6 (24%) hicieron uso de algún método anticonceptivo, demostrándose que, a menor nivel de instrucción, menor será el uso de métodos anticonceptivos  $X^2 = 9.2$ ; ( $p = .0032$ ).

Truong et al. (2020) realizaron un estudio en 625 mujeres y hombres de las comunidades rurales de Chiapas, con el objetivo de conocer la prevalencia de métodos de planificación familiar y comprender las percepciones de la planificación familiar. Los autores reportaron los siguientes resultados: el 40.6% no utilizó ningún método anticonceptivo, el 10.9% inyección bimensual, 10.9% implante, el 23% preservativos, 2.9% inyección mensual y el 9% el dispositivo intrauterino. En relación con las mujeres que no utilizaron ningún método

anticonceptivo, las razones fueron: principalmente reacciones adversas o complicaciones, influencia de las parejas masculinas, el rechazo del método, preferencia por métodos naturales de planificación familiar, inactividad sexual y falta de un centro de salud cercano.

**Síntesis de los estudios relacionados.** Existen estudios en los que se ha abordado el uso del condón en la población de interés; sin embargo, no se ha estudiado el uso de los demás métodos anticonceptivos. De los estudios en los que se abordó la variable actitud hacia la sexualidad o el condón se puede concluir que las jóvenes tienen actitudes negativas. El método más reportado es el condón; sin embargo, el uso de este es bajo en esta población. En tan solo un estudio se exploró la diferencia de acuerdo con el género y no existe diferencia entre hombres y mujeres respecto al uso del condón ni en las actitudes.

En un estudio donde se abordó la prevalencia de planificación familiar, se encontró que el uso de métodos es bajo y está relacionado con la falta de información y las creencias de los efectos secundarios de los mismos, así como también influye la falta de toma de decisiones por parte de las mujeres, debido a que la mayoría de las veces el que decide el uso de algún método contraceptivo es el hombre.

Debido a la escasa literatura hasta el momento, se incluyeron estudios de áreas rurales en los cuales se encontró también que los jóvenes de estas áreas presentan actitudes negativas sobre el uso de condón. Asimismo, se encontró que la edad de inicio de las relaciones sexuales es a mayor edad en población rural; en un estudio se encontró que el uso de métodos anticonceptivos en población indígena es bajo. En dos estudios se encontró efecto entre las actitudes y el uso del

condón y el uso de métodos anticonceptivos. En relación con el nivel de educación, se encontraron dos estudios en los que se encontró que a niveles bajos de educación es menor el uso de métodos anticonceptivos en los jóvenes.

### **Objetivo general**

Determinar el efecto de la edad de inicio de vida sexual, los años de estudio y la actitud en la conducta anticonceptiva de las mujeres jóvenes indígenas.

### **Objetivos específicos.**

1. Describir la edad de inicio de vida sexual y los años de estudio de las mujeres jóvenes indígenas.
2. Describir la actitud anticonceptiva de las mujeres jóvenes indígenas.
3. Describir la conducta anticonceptiva de las mujeres jóvenes indígenas.
4. Analizar la relación entre la edad de inicio de vida sexual, los años de estudio, la actitud y la conducta anticonceptiva de las mujeres jóvenes indígenas.

### **Definición de términos**

**La edad de inicio de vida sexual** es la edad en años cumplidos que las mujeres indígenas reportan haber tenido su primera relación sexual vaginal; se midió a través de una pregunta abierta en la cédula de datos personales.

**Años de estudios** son los años contabilizados en los que las mujeres jóvenes indígenas han cursado a lo largo de su vida hasta la actualidad; se midió a través de una pregunta abierta en la cédula de datos personales.

**La actitud anticonceptiva** es la evaluación positiva o negativa de las mujeres jóvenes indígenas respecto al uso de métodos anticonceptivos. Para su medición se utilizó la escala de actitudes para la conducta anticonceptiva (Black & Pollack, 1987).

**Conducta anticonceptiva** es el uso correcto y sostenido de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres jóvenes indígenas. Esta variable se midió con la escala de conducta anticonceptiva (Jaccard et al., 1996).

## Metodología

En este apartado se describe la metodología del estudio. Se presenta el diseño del estudio, población, muestra y muestreo, criterios de inclusión y exclusión que se consideraron, los instrumentos de medición, el procedimiento de recolección de datos, las consideraciones éticas y la estrategia de análisis de datos.

**Diseño del estudio.** En el presente estudio se utilizó un diseño descriptivo-correlacional, ya que se pretendió describir las variables y adicionalmente se determinó el efecto de la edad de inicio de vida sexual, los años de estudio y las actitudes en la conducta anticonceptiva de las mujeres jóvenes indígenas. Así mismo, fue de tipo transversal, ya que los datos se obtuvieron en un solo momento (Grove, Gray & Burns, 2016).

**Población, muestreo y muestra.** La población estuvo conformada por mujeres jóvenes indígenas de 15 a 24 años. El tamaño de la muestra fue de 145, el cual fue calculado con el paquete estadístico nQuery Advisor 4.0, considerando un nivel de significancia de .05 estimado para una prueba de regresión lineal múltiple con tres variables independientes, con coeficiente de determinación de  $R^2 = .09$ , tamaño de efecto mediano (Cohen, 1988) y una potencia de 90%. Se realizó un muestreo no probabilístico por bola de nieve.

**Criterios de inclusión.** Se consideraron como criterios de inclusión: a) que fueran o se consideraran mujeres indígenas, la cual se evaluó a través de la pregunta filtro: ¿Te consideras una mujer indígena?, utilizando como referencia que una persona indígena es aquella que se considera indígena o habla alguna lengua indígena o ella o sus papás pertenecen a alguna comunidad indígena; b) con

vida sexual activa, la cual fue evaluada con la pregunta filtro: ¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?

**Criterios de exclusión.** Los criterios de exclusión fueron: a) embarazo o sospecha de embarazo; b) casadas o que vivieran en unión libre. Lo anterior, debido a que podría modificar su conducta anticonceptiva. Las cuales fueron evaluados con las preguntas: ¿Actualmente estás o crees estar embarazada? ¿Estás casada o vives en unión libre?

**Instrumentos de medición.** En este apartado se describen los instrumentos que se utilizaron para medir las variables de estudio. Con el fin de conocer las características sociodemográficas de las participantes, se diseñó una cédula de datos personales y anticoncepción, para conocer la edad, edad de la primera relación sexual, años de estudio y el historial de uso de anticonceptivos.

**Actitud anticonceptiva.** Para medir la actitud anticonceptiva se utilizó la escala de actitudes para la conducta anticonceptiva (Black & Pollack, 1987) traducida al español y adaptada por Caudillo (2016), la cual tiene como objetivo medir las actitudes hacia los métodos anticonceptivos. Es una escala tipo Likert constituida por 21 ítems con 11 afirmaciones positivas y 10 negativas; las respuestas indican el grado de acuerdo o desacuerdo. Un ejemplo de reactivo es: "El uso de anticonceptivos es una forma de mostrar que se cuida a la pareja". Las participantes deberán indicar el nivel de acuerdo con cada afirmación; las opciones de respuesta son 1 = muy de acuerdo, 2 = de acuerdo, 3 = indeciso, 4 = desacuerdo y 5 = muy desacuerdo. El rango del puntaje va de 21 a 105 y se obtiene del total de la sumatoria de todos los ítems, donde puntajes bajos indicarán actitudes más positivas y puntajes altos indicarán actitudes negativas hacia la anticoncepción. En

relación con la confiabilidad, se ha reportado un Alpha de Cronbach de .85 (Caudillo, 2016). Este instrumento ha reportado validez de contenido por medio de expertos y, posterior a ello, se comparó con otras escalas, en donde los puntajes de esta escala se correlacionaron significativamente con puntajes de la escala premarital de actitudes hacia la anticoncepción  $r = .72$  (Parcel, 1975), mostrando validez predictiva.

**Conducta anticonceptiva.** Para la variable conducta anticonceptiva se utilizó la escala de conducta anticonceptiva (Jaccard et al., 1996). Es una escala tipo Likert que tiene como objetivo evaluar la conducta anticonceptiva en cuatro aspectos: decidir sobre el uso de anticonceptivos, eligiendo el método, el uso sostenido y correcto y tener un método preferido. Es una escala de cinco ítems con afirmaciones; un ejemplo de reactivo es “yo practico la anticoncepción cada vez que tengo sexo”. Las opciones de respuestas van de 0 = no corresponde, 1 = casi no corresponde, 2 = corresponde algo, 3 = casi corresponde y 4 = corresponde totalmente. El puntaje total va de 0 a 20; entre más alto sea el puntaje, mejor es la comprensión de la conducta anticonceptiva. Este instrumento ha reportado un Alpha de Cronbach de .88. Con relación a la validez predictiva, Caudillo (2016) realizó una regresión lineal considerando que el uso previo de anticonceptivos predice la conducta anticonceptiva, encontrando que existe mayor probabilidad de que una mujer utilice métodos anticonceptivos de manera correcta y sostenida cuando ha utilizado anticonceptivos en el pasado ( $b = .20$ ;  $IC\ 95\% = .02, .377$ ,  $p < .05$ ); (Caudillo, 2016);

**Procedimiento de recolección de datos.** Previo a la recolección de los datos, se obtuvo la autorización del Comité de Investigación y del Comité de Ética



en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (FAEN-UANL). La recolección se llevó a cabo de manera electrónica y a través de instrumento a lápiz y papel.

Para la recolección de manera electrónica, se contactaron a participantes mayores de edad, se enviaron invitaciones por medios electrónicos como Facebook y WhatsApp con cuentas empresariales, se les explicó el objetivo del estudio y que su participación era voluntaria. A las participantes que aceptaron contestar vía electrónica se les envió el enlace de la encuesta en la plataforma QuestionPro , misma que al inicio realizaba el cribaje por medio de las preguntas filtro; en caso de cumplir con los criterios, se les solicitó su consentimiento por medio del botón Aceptar. Posteriormente iniciaron con los cuestionarios. Una vez finalizadas las encuestas, se les agradeció su participación, así como también se les pidió que nos contacten con dos posibles participantes con las características necesarias para el estudio y se les envió un folleto electrónico con información sobre prevención de embarazos.

Para la recolección de lápiz y papel se acudió a las instalaciones de una preparatoria popular de la comunidad de Iliatenco, Guerrero. Se acudió de manera personal para conversar con el director de la institución y dar a conocer la finalidad del estudio; posteriormente, se solicitó un oficio a la Facultad de Enfermería dirigido a la institución, en donde se solicitaba la autorización para la realización del estudio, una vez obtenida la autorización. Se acudió a la institución en la fecha señalada por los directivos, en donde se le solicitó a la institución un espacio para poder tener el acercamiento con las jóvenes y realizar la invitación para participar en el estudio. Se les informó que su participación en el estudio sería voluntaria, con

la libertad de retirarse del estudio en el momento que ellas lo decidieran. Es importante mencionar que se siguieron los protocolos de seguridad establecidos por las autoridades sanitarias, como la sana distancia, el uso de cubrebocas, careta y gel antibacterial.

A las participantes mayores de edad se les proporcionó el consentimiento informado y a las menores de edad el consentimiento para obtenerlo del padre o tutor y el asentimiento para ellas. Posteriormente se les entregaron los instrumentos para que los respondieran en casa. Debido a que los estudiantes asistían cada quince días, se pidió el contacto del representante de cada grupo para poder hacerles el recordatorio de llevar los cuestionarios y los consentimientos en la fecha señalada. El día acordado se acudió para recolectar los cuestionarios, los cuales se resguardaron en un sobre sellado y en una caja identificada como de manejo exclusivo por la responsable del estudio. Se les agradeció su participación, así como también se les pidió que nos pongan en contacto con dos posibles participantes y, finalmente, se les entregó un folleto sobre prevención de embarazos.

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

Considerando el título segundo de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, capítulo I, artículo 13, que establece que deberá prevalecer el respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar del participante,

esto se llevó a cabo mediante el trato de manera amable hacia las participantes, así como también respetando sus creencias y se les explicó que estaban en todo su derecho de retirarse del estudio en el momento que así lo decidieran, sin tener alguna repercusión.

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

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

Artículo 20: Se entiende como consentimiento informado al acuerdo por escrito en el cual el participante o el representante legal, según sea el caso, autoricen la participación en el estudio, con previo conocimiento de los procedimientos del estudio y la capacidad de elegir libremente. El consentimiento es el documento mediante el cual las jóvenes autorizaron su participación o, en el

caso de las menores de edad, en donde el padre o tutor autorizó la participación de su hija. Artículo 21, fracciones I, IV, VI, VII y VIII: los objetivos, los beneficios, recibir respuestas a las dudas y alguna aclaración, libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y de retirarse del estudio y mantener la confidencialidad de la información relacionada con la privacidad. En los documentos se estableció el propósito del estudio, los criterios de selección y el procedimiento. Además, se aclaró que la participación era voluntaria y, si la participante así lo decidía, podía retirarse sin tener ninguna repercusión. De la misma manera se mantuvo en anonimato la identidad de las participantes y la confidencialidad de la información.

Capítulo III, artículos 35 y 36: cuando se realice un estudio en menores de edad, asegurarse de que se han realizado en mayores de edad y obtener por escrito el consentimiento del representante legal del menor; en este caso se han realizado investigaciones en mayores de edad y el consentimiento del padre o tutor se obtuvo por escrito.

**Estrategia de análisis de datos.** Los datos del estudio se analizaron mediante el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 25. Antes del análisis de los datos se verificó que no se contara con datos perdidos. Las características sociodemográficas y de anticoncepción se analizaron mediante estadísticas descriptivas; se obtuvieron frecuencias, porcentajes, medias, desviaciones estándar, valores mínimos y máximos.

Para cumplir con los objetivos 1, 2 y 3, que fueron: 1) Describir la edad de inicio de vida sexual y los años de estudios de las mujeres jóvenes indígenas, 2) Describir la actitud anticonceptiva de las mujeres jóvenes indígenas, y 3) Describir

la conducta anticonceptiva de las mujeres jóvenes indígenas, se utilizó estadística descriptiva, medias, desviaciones estándar, valor mínimo y máximo. Previo al análisis de estadística inferencial, se verificó la distribución normal de las variables por medio de la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors. Para determinar la consistencia interna de los instrumentos, se analizó por medio del coeficiente alpha de Cronbach.

Para el cuarto objetivo, analizar la relación entre la edad de inicio de vida sexual, los años de estudios, la actitud y la conducta anticonceptivas de las mujeres jóvenes indígenas, se utilizó la prueba estadística no paramétrica, el coeficiente de correlación de Spearman, debido a que no se encontró distribución normal. Para dar respuesta al objetivo general, que fue determinar el efecto de la edad de inicio de vida sexual, los años de estudios y la actitud anticonceptiva en la conducta anticonceptiva de las mujeres jóvenes indígenas, se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple. Para los coeficientes de dicho modelo se obtuvieron intervalos de confianza por medio de la técnica de “Bootstrap”.

## Resultados

En este apartado se muestra el análisis de los datos obtenidos. Primeramente, se presentan datos descriptivos de las variables de interés, posteriormente la consistencia interna de los instrumentos, la prueba de normalidad de las variables del estudio. Por último, la estadística inferencial.

**Edad e historia anticonceptiva.** La muestra estuvo conformada por 145 participantes de 16 a 24 años ( $M = 19.52$ ,  $DE = 2.42$ ). El uso actual de métodos anticonceptivos fue del 47.60%, donde los métodos más utilizados fueron el condón masculino con el 52.20%, inyecciones con el 18.80% y el coito interrumpido con el 17.40% (tabla 1).

Tabla 1  
*Tipo de anticonceptivos más utilizados*

Variable	<i>f</i>	%
<hr/>		
Tipo de anticonceptivo		
Condón masculino	36	52.20
Inyecciones	13	18.80
Coito interrumpido	12	17.40
Anticonceptivo de emergencia oral	9	13.00
Parche	9	13.00
Implante	6	8.70
Anticonceptivos orales	5	7.20

*Continúa...*

Variable	<i>f</i>	%
Condón femenino	4	5.80
Ritmo	4	5.80
Dispositivo liberador de hormonas	1	1.40
Dispositivo intrauterino	1	1.40

Nota:  $n = 69$ ;  $f$  = frecuencia; % = porcentaje.

En la tabla 2, se muestra la frecuencia de uso de los métodos anticonceptivos; en el último año fue de 6.49 veces ( $DE = 10.93$ ,  $Min = 1$ ;  $Max = 80$ ) y en los últimos 6 meses de 3.28 veces ( $DE = 6.05$ ,  $Min = 0$ ;  $Max = 45$ ).

Tabla 2  
*Frecuencia de uso de métodos anticonceptivos*

Variable	M	DE	Min	Max
En el último año cuantas veces has usado métodos anticonceptivos	6.49	10.93	0	80
En los últimos seis meses cuantas veces has usado métodos anticonceptivos	3.28	6.05	0	45
En los últimos tres meses cuantas veces has usado métodos anticonceptivos	1.64	3.83	0	25
En el último mes cuantas veces has usado métodos anticonceptivos	1.04	2.65	0	16

Nota:  $n = 69$ ;  $M$  = media;  $DE$  = desviación estándar;  $Min$  = mínimo;  $Max$  = máximo

**Descripción de la edad de inicio de vida sexual y años de estudios.** Para dar respuesta al objetivo uno, describir la edad de inicio de vida sexual y los años

de estudios de las mujeres jóvenes indígenas, se obtuvieron medias y desviación estándar. En relación con la edad de la primera relación sexual, fue entre los 12 y 23 años ( $M = 17.5$ ,  $DE = 1.66$ ). El número de años de estudio fue de 7 a 16 ( $M = 11.88$ ,  $DE = 1.82$ ), lo que significa que la mayoría de las participantes había culminado la educación media básica.

**Confiabilidad de los instrumentos.** Se determinó la consistencia interna a través del coeficiente alpha de Cronbach, obteniendo los siguientes resultados. Para la “Escala de actitudes para la conducta anticonceptiva” se obtuvo un Alpha de Cronbach de .91 y para la Escala de conducta anticonceptiva se encontró un Alpha de Cronbach de .85, obteniendo puntuaciones aceptables (Grove, Gray & Burns, 2016, p. 289).

**Descripción de la actitud y conducta anticonceptiva.** Para responder a los objetivos dos y tres, sobre describir la actitud y la conducta anticonceptiva de las mujeres jóvenes indígenas, se obtuvieron medias y desviación estándar de cada pregunta y de la escala. El promedio total de la actitud anticonceptiva en mujeres indígenas fue  $M = 2.04$  ( $Min = 1.10$ ;  $Max = 3.81$ ), lo que significa que la mayoría de las participantes tiene una actitud anticonceptiva positiva, ya que, de acuerdo con la escala, puntajes bajos refieren actitudes positivas. Respecto a la conducta anticonceptiva, el promedio fue  $M = 2.31$  ( $Min = .60$ ;  $Max = 4$ ). Esto refleja que el uso de anticonceptivos es bajo (tabla 3).



Tabla 3  
*Actitud y conducta anticonceptiva*

Variable	M	DE	Min	Max
Actitud anticonceptiva	2.04	.55	1.10	3.81
Conducta anticonceptiva	2.31	1.13	.60	4

Nota: n = 145; M = media; DE = desviación estándar; Min = mínimo; Max = máximo

Adicionalmente, en la tabla 4 se presentan los datos descriptivos de los ítems de la escala de actitud anticonceptiva. En donde las actitudes más bajas correspondieron al reactivo: Los anticonceptivos son difíciles de usar si le cuestan caros ( $M = 2.92$ ,  $DE = 1.06$ ), en donde las respuestas de las participantes fueron entre de acuerdo e indeciso, que corresponden a una actitud neutra, en contraste con el reactivo: Las parejas deberían de hablar acerca de anticoncepción antes de tener relaciones sexuales, en donde las actitudes fueron más altas y las respuestas fueron de muy de acuerdo y de acuerdo con una media de ( $M = 1.63$ ,  $DE = .68$ ).

Tabla 4  
*Actitud anticonceptiva*

Ítems	M	DE
El uso de anticonceptivos es mejor que tener un aborto	1.77	1.11
Yo recomiendo a mis amigos el uso de anticonceptivos	1.61	.81
Yo me involucraría con una persona que acepta el uso de anticonceptivos	1.83	.92

*Continúa...*

Ítems	<i>M</i>	<i>DE</i>
Yo tendría sexo a menos que haya un método anticonceptivo disponible	1.86	1.03
Yo creo que actualmente los anticonceptivos previenen el embarazo	1.77	.91
El uso de anticonceptivos es una forma de mostrar que se cuida a la pareja	1.65	.71
Yo hablo de anticonceptivos con mis amigos	2.47	1.10
Uno debería de usar anticonceptivos sin considerar el tiempo que se tenga con la pareja	2.03	1.05
Actualmente los anticonceptivos pueden hacer que las relaciones sexuales sean más placenteras	2.46	.88
Me siento más relajado durante las relaciones sexuales si un método anticonceptivo es usado	2.47	1.13
Yo prefiero usar anticonceptivos durante las relaciones sexuales	1.81	.78
En el futuro planeo usar anticonceptivos cuando tenga relaciones sexuales	1.71	.72
Yo usare anticonceptivos, aunque mi pareja no esté de acuerdo	1.83	.88
No es problema usar anticonceptivos	1.92	.83
El uso de anticonceptivos hace que una relación sea más duradera	2.41	.93
El sexo es divertido si se usan anticonceptivos	2.70	.91
Los anticonceptivos son difíciles de usar si le cuestan caros	2.92	1.06
Las parejas deberían de hablar acerca de anticoncepción antes de tener relaciones sexuales	1.63	.68

*Continúa...*

Ítems	<i>M</i>	<i>DE</i>
Si yo o mi pareja experimentáramos efectos negativos con los anticonceptivos usaríamos un método diferente	2.09	.93
Los anticonceptivos hacen que las relaciones sexuales sean más planeadas	2.17	.88
Me siento mejor conmigo mismo cuando uso anticonceptivos	1.89	.91

Nota:  $n = 145$ ;  $M =$  media;  $DE =$  desviación estándar

En cuanto a la conducta anticonceptiva, el reactivo “Cuando dudo de la seguridad de un método anticonceptivo después de tener relaciones sexuales con mis parejas, yo uso otros métodos compensatorios” obtuvo el promedio más bajo ( $M = 1.93$ ,  $DE = 1.54$ ), donde las respuestas de la mayoría de las participantes fueron casi no corresponde y corresponde algo. El reactivo “Yo pongo atención a cualquier información anticonceptiva que me permita tener una buena práctica anticonceptiva” fue el más alto con ( $M = 3.25$ ,  $DE = .85$ ), lo que significa que la mayoría de las respuestas fue casi corresponde, es decir, que gran parte de las participantes mostraba interés cuando se les proporcionaba información que fuera de utilidad para el uso de métodos anticonceptivos (ver tabla 5).

Tabla 5  
*Conducta anticonceptiva*

Ítems	<i>M</i>	<i>DE</i>
Yo practico la anticoncepción cada vez que tengo sexo	2.17	1.46

*Continúa...*

Ítems	M	DE
Yo tengo un método anticonceptivo preferido que uso para prevenir embarazos	2.21	1.51
Yo pongo atención a cualquier información anticonceptiva que me permita tener una buena práctica anticonceptiva	3.25	.85
Cuando dudo de la seguridad de un método anticonceptivo después de tener relaciones sexuales con mis parejas, yo uso otros métodos compensatorios	1.93	1.54
Yo uso métodos anticonceptivos continuamente	2.01	1.54

*Nota:*  $n = 145$ ;  $M =$  media;  $DE =$  desviación estándar

**Prueba de normalidad.** En la tabla 6, se presentan los datos descriptivos de las variables de estudio y el resultado de la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov (K-S) con la corrección de Lilliefors, en donde se muestra que las variables no mostraron distribución normal.

Tabla 6  
Variables totales de estudio

Variable	Da	p
Edad de inicio de vida sexual	.20	.001
Años de estudio	.24	.001
Actitud anticonceptiva	.09	.003
Conducta anticonceptiva	.10	.001

*Nota:*  $n = 145$ ;  $M =$  media;  $DE =$  desviación estándar;  $Min =$  mínimo;  $Max =$  máximo;  $D a =$  estadístico de Prueba de Normalidad con Corrección de Lilliefors; \* $p$  valor  $> .05$  considera la distribución normal de la variable

## **Estadística inferencial**

**Correlación de Spearman de las variables de estudio.** Para dar respuesta al objetivo 4, que fue analizar la relación entre la edad de inicio de vida sexual, los años de estudios, la actitud anticonceptiva y la conducta anticonceptiva de las mujeres jóvenes indígenas, se realizó una de correlación de Spearman, en donde se puede observar que la edad de inicio de la vida sexual mostró relación con la conducta anticonceptiva ( $r_s = .317, p < .01$ ), los años de estudios mostraron relación con la conducta anticonceptiva ( $r_s = .549, p < .01$ ) y con la actitud anticonceptiva ( $r_s = -.517, p < .01$ ).

**Efecto de la edad de inicio de vida sexual, años de estudios y la actitud anticonceptiva en la conducta anticonceptiva.** Y finalmente, para responder al objetivo general, el cual fue determinar el efecto de la edad de inicio de vida sexual, los años de estudio y la actitud anticonceptiva en la conducta anticonceptiva de las mujeres jóvenes indígenas, a través de una regresión se ajustaron dos modelos de regresión lineal múltiple para la conducta anticonceptiva. En el primer modelo se tomaron variables independientes: la edad, años de estudio y las actitudes con la conducta anticonceptiva. Se presenta el modelo ajustado empleando la técnica de Backward y el modelo final por la técnica Bootstrap.

El modelo inicial de la conducta anticonceptiva fue significativo ( $F [3,141] = 31.41, p < .001$ ), explicando el 40 % de la varianza. En la tabla 7, se aprecia que los años de estudio tienen un efecto positivo y grande en la conducta sexual ( $B = .26, t = 5.24, p < .001$ ). La actitud anticonceptiva tiene un efecto grande y negativo en la conducta anticonceptiva ( $B = -.77, t = -5.47, p < .001$ ). Lo que significa que

las mujeres indígenas con actitudes anticonceptivas positivas y que cuentan con mayores años de estudio tienen una probabilidad de usar métodos anticonceptivos.

Tabla 7  
*Modelo de regresión lineal de la conducta anticonceptiva*

Variable	B	<i>f</i>	p
Constante	1.41	1.56	.122
Edad de la primera relación sexual	-.03	-.65	.519
Años de estudio	.26	5.24	.001
Actitud anticonceptiva	-.77	-5.47	.001

Nota: Variable dependiente conducta anticonceptiva,  $t = t$  de Student, Beta = valor debeta.

El modelo en donde se empleó la técnica Backward de la conducta anticonceptiva (tabla 8) presentó dos modelos, en donde se eliminó la variable edad de inicio de vida sexual. El modelo final fue significativo ( $F [2,142] = 47.10$ ,  $p < .001$ ), explicando el 39% de la varianza. Se observa que los años de estudio tienen un efecto positivo y grande en la conducta sexual ( $B = .24$ ,  $t = 5.64$ ,  $p < .001$ ) y la actitud anticonceptiva tiene un efecto grande y negativo en la conducta anticonceptiva ( $B = -.77$ ,  $t = -5.50$ ,  $p < .001$ ).

Tabla 8

*Modelo de regresión lineal de años de estudio y la actitud anticonceptiva con la conducta anticonceptiva "Backward"*

Variable	B	<i>f</i>	p
Constante	1.02	1.52	1.131
Años de estudio	.24	5.64	.001
Actitud anticonceptiva	-.77	-5.50	.001

Nota: Variable dependiente conducta anticonceptiva, *t* = *t* de Student,

Beta = valor de beta

Para finalizar, los resultados del análisis se confirmaron con la técnica Bootstrap.

Tabla 9

*Modelo de regresión lineal de la conducta anticonceptiva con los años de estudio y la Actitud anticonceptiva "Bootstrap"*

	B	SE	p	IC 95%	
				Inferior	Superior
Constante	1.02	.76	.171	-.40	2.59
Años de estudio	.24	.05	.001	.14	.33
Actitudes anticonceptivas	-.77	.13	.001	-1.03	-.51

Nota: variable dependiente conducta sexual segura, SE = desviación estándar, Beta = valor de beta

## Discusión

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

De acuerdo con la historia de anticoncepción, se encontró que más de la mitad de las jóvenes indígenas que iniciaron vida sexual no utilizan un método anticonceptivo.

Este hallazgo es similar a lo reportado por Urueta et al. (2015), pero diferente a lo encontrado por Calvillo y Rodríguez (2014), Caudillo (2016) y Truong et al. (2020), quienes refirieron un porcentaje mayor de uso de métodos anticonceptivos; sin embargo, es importante destacar que Calvillo y Rodríguez realizaron el estudio en ambos sexos.

El estudio de Caudillo se realizó en mujeres no indígenas, por lo que se pudiera explicar una cifra mayor. Una explicación del bajo uso de métodos anticonceptivos puede estar relacionada con el desconocimiento de las consecuencias de no usar anticonceptivos, el miedo de usarlos, la falta de confianza en los mismos y por la confianza que tienen hacia la pareja, considerando que no necesitan cuidarse (Saeteros & Ortiz, 2018). El método más utilizado fue el condón, igual que en estos estudios. Una explicación puede ser que las jóvenes utilizan con más frecuencia el condón, debido a su bajo costo, fácil acceso y que no ocasiona efectos secundarios (Todd & Black, 2020 & Urueta et al., 2015).



En cuanto a la frecuencia de uso de los métodos anticonceptivos en los últimos seis meses, se encontró que las jóvenes indígenas lo utilizaron tres veces; esto es diferente a los resultados de Bauzá et al. (2018), donde los participantes en los últimos seis meses utilizaron seis veces más los anticonceptivos a diferencia del presente estudio. Esta diferencia puede explicarse por el hecho de que en el estudio de Bauzá et al. se incluyeron participantes de ambos sexos y regularmente los hombres suelen ser más activos que las mujeres (Menkes, Reyes & Sosa, 2019).

En relación con el objetivo uno, se describió la edad de inicio de vida sexual y los años de estudio de las mujeres jóvenes indígenas. Se encontró que la mayoría de las participantes iniciaron su vida sexual antes de cumplir la mayoría de edad; este resultado es diferente a los hallazgos de Scott et al. (2014) y Cortes et al. (2019), en los que la edad de inicio de la primera relación sexual fue a una edad más temprana. Este resultado puede deberse a que en estos estudios la población incluyó hombres y mujeres; sin embargo, haciendo una comparación con la población no indígena, la edad de inicio de la primera relación sexual fue similar. La diferencia reside en el tiempo en que iniciaban su vida sexual y la unión en pareja: en la población indígena es medio año después y en la no indígena un año (Hernández et al., 2016).

En lo que respecta a los años de estudio, la mayoría de las participantes había culminado su educación media básica; esto es similar a lo obtenido por Meneses (2018), en donde los participantes habían culminado la secundaria; sin embargo, difiere del resultado obtenido por Mondragón y Vásquez (2020), en donde la mayoría de los participantes tenía secundaria incompleta. El resultado del presente estudio se puede explicar con lo referido por Hernández et al. (2016), en

donde el porcentaje de mujeres indígenas que culmina el nivel básico ha aumentado.

En el objetivo dos, el cual fue describir la actitud anticonceptiva de las mujeres jóvenes indígenas. La mayoría de las jóvenes indígenas tuvo una actitud positiva hacia los métodos anticonceptivos, lo que significa que la mayoría de las participantes evalúan de manera positiva usar métodos anticonceptivos. Este resultado es similar al reportado por Tuesta (2019), Ritchwood et al. (2019) y Marquina y Méndez (2020), donde la mayoría de los participantes mostraron una actitud positiva hacia los métodos anticonceptivos. Sin embargo, es diferente con lo obtenido por Rukundo et al. (2016), en donde los participantes tuvieron actitudes negativas reportando que el condón reduce el placer sexual. Este hallazgo puede estar relacionado con la edad de los participantes, ya que el estudio se realizó en adolescentes en edades menores a los del presente estudio, así como también el estudio se enfocó solo en el condón.

En el presente estudio se pudo apreciar que a las jóvenes se les dificultaba utilizar los anticonceptivos si les costaban caros; esto es similar a lo reportado por Nethery et al. (2019) y Ríos et al. (2017), en donde las participantes con ingresos bajos hicieron un menor uso de anticonceptivos. Esto puede estar relacionado con lo señalado por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas [CDI], 2015, en donde se menciona que la población indígena se ha caracterizado por las carencias económicas. De acuerdo con los datos obtenidos, el 87.5% de los municipios de estas comunidades viven en condiciones de pobreza; esto explica la falta de recursos económicos de las jóvenes para adquirir los anticonceptivos,

debido a que algunas de ellas dependen de los padres, que comúnmente trabajan para solventar los gastos más indispensables.

Del mismo modo, se pudo apreciar que ellas mostraron puntajes más bajos en las actitudes relacionadas con el conversar con la pareja acerca de métodos anticonceptivos. Esto es similar a Saeteros y Ortiz (2018), quienes refieren en su estudio que un porcentaje bajo de las participantes mencionó que presenta problemas en la negociación con la pareja para utilizar anticonceptivos, ya que la negociación tiene relación con la confianza que existe en la relación, pero sobre todo con la comunicación asertiva. Del mismo modo, algunas razones implicadas son las ideas de que algunos anticonceptivos, como el condón, reducen el placer sexual (Truong et al., 2020).

De acuerdo con el objetivo tres, que fue describir la conducta anticonceptiva de las mujeres jóvenes indígenas. Se encontró que las participantes no tienen un uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos. El resultado del presente estudio es similar a lo referido por Caudillo (2016) y Ritchwood (2015), en donde se reportaron promedios bajos de la conducta anticonceptiva, indicando un uso inconsistente de los métodos anticonceptivos. En este caso, en el estudio se pudo apreciar que las jóvenes indígenas reportaron que por lo regular prestan atención al recibir información sobre métodos anticonceptivos, lo que significa que están interesadas en estar informadas acerca de los mismos. Sin embargo, existen factores como la desigualdad de género, que es un problema común por la presencia del machismo, por lo que la decisión de si se usará un método anticonceptivo es del varón (Dansereau et al. 2017).

Las jóvenes indígenas refieren que en muy pocas ocasiones utilizan algún método compensatorio cuando dudan de la seguridad del método utilizado. Este resultado difiere de los resultados de Bauzá et al. (2018), en donde algunas jóvenes habían utilizado dos o tres veces el anticonceptivo de emergencia debido a la falla del condón o un inadecuado uso de anticonceptivos orales.

Con respecto al objetivo cuatro, sobre analizar la relación entre la edad de inicio de vida sexual, el nivel de estudios, la actitud y la conducta anticonceptiva de las mujeres jóvenes indígenas. Se encontró que, a mayor edad de inicio de vida sexual, mayor es el uso correcto y sostenido de métodos anticonceptivos. Es diferente al hallazgo de Gálvez (2017), en donde refiere que la edad de inicio de la primera relación sexual no influye en el uso de métodos anticonceptivos. Esto puede estar relacionado a que ser adulto no es garantía de una conducta responsable, sino que el inicio de vida sexual va a depender del conocimiento o no de las consecuencias de la falta de uso de anticonceptivos en las relaciones sexuales (Linch & Huertas, 2018).

Así mismo, a mayor escolaridad, mayor es la conducta anticonceptiva. Este hallazgo es similar a lo reportado con Valdiviezo (2014), que refiere que contar con estudios de secundaria y bachillerato aumenta el doble el uso de métodos anticonceptivos. También coincide con el hallazgo de Mondragón y Vásquez (2020), quienes reportan que los participantes que cuentan con secundaria incompleta no accedieron al uso de métodos anticonceptivos. Del mismo modo, el Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2016, reportó que el nivel de escolaridad establece la diferencia en el uso de los métodos anticonceptivos. Con esto se resalta la importancia de que las jóvenes indígenas reciban educación, por

lo que el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 pretende garantizar el acceso a la educación a los jóvenes, incluyendo a los que viven en zonas rurales con altos grados de marginación, a través de la creación de universidades cercanas a estas comunidades, así como también brindándoles apoyos económicos mediante becas.

Se encontró que para las mujeres indígenas las valoraciones positivas respecto al uso de métodos anticonceptivos se relacionaron con mayor uso correcto y sostenido de los mismos; este hallazgo coincide con los estudios de Kalolo y Kibusi (2015), donde obtuvieron que las actitudes influyen en el uso, y Caudillo (2016); las jóvenes con actitudes positivas hacia la anticoncepción tuvieron una mejor conducta.

Meneses (2018), quien encontró que, a mayor actitud positiva hacia el condón, mayor fue su uso, y Marquina y Méndez (2020), quienes refieren que las actitudes positivas de los anticonceptivos podrían aumentar su uso. Una explicación de esto puede estar relacionada con que las mujeres con mejor conducta anticonceptiva relacionaban el uso de la anticoncepción con los beneficios de evitar un embarazo no deseado que pudiera afectar sus planes de vida.

Finalmente, para el objetivo general, el cual fue determinar el efecto de la edad de inicio de vida sexual, el nivel de estudios y la actitud anticonceptiva en la conducta anticonceptiva de las mujeres jóvenes indígenas. Se encontró que los años de estudio, en conjunto con las actitudes positivas, influyen para que las jóvenes indígenas hagan uso de los métodos anticonceptivos, siendo las actitudes las que presentaron mayor efecto. En donde el resultado fue a mayor número de años de estudio, mejor conducta anticonceptiva; esto tiene similitud con lo

reportado con Sánchez y Gavilánez (2015), en donde se encontró que el uso de anticonceptivos aumentaba con el nivel de escolaridad. Respecto al efecto que tienen las actitudes sobre el uso de los métodos, es similar a lo que refiere Caudillo (2016): las actitudes positivas mejoran la conducta anticonceptiva. Villalobos et al. (2017) encontraron que las actitudes positivas hacia el uso del condón son un predictor para el uso de este y Meneses (2018) encontró que, a mayor actitud positiva hacia el condón, la intención de uso podría ser mayor.

## Conclusiones

Se puede concluir que las jóvenes indígenas tienen en general actitudes positivas en relación con el uso de los anticonceptivos; sin embargo, en algunas preguntas su respuesta no fue favorable, ya que, si creen que resultan costosos, su actitud es negativa. Por lo que se concluye que la falta de acceso de los métodos anticonceptivos puede estar relacionada con las carencias económicas. De igual manera, se encontró que las jóvenes mostraron dificultad al conversar con la pareja acerca de los métodos anticonceptivos, debido a que la negociación depende de la comunicación efectiva y la confianza hacia la pareja, pero también se debe a las creencias erróneas que se tienen de los mismos.

Las jóvenes no tuvieron un uso correcto y sostenido de los métodos anticonceptivos, pero sin embargo mostraron interés por la información relacionada con los anticonceptivos.

Las jóvenes indígenas regularmente no utilizan métodos anticonceptivos compensatorios cuando existen dudas de la seguridad del método que utilizan. Por lo que se concluye que no son conscientes del riesgo de embarazo.

Dentro de los factores que influyen en el uso de métodos anticonceptivos, se encontró que, a mayor edad de inicio de vida sexual de las jóvenes indígenas, mayor será el uso correcto y sostenido de métodos anticonceptivos. Del mismo modo que a mayor escolaridad, mayor es la conducta anticonceptiva.

Las mujeres indígenas que evaluaron positivamente los anticonceptivos se relacionaron con mayor uso correcto y sostenido de los mismos. Y los años de estudio, en conjunto con las actitudes positivas, influyen para que las jóvenes

indígenas hagan uso de los métodos anticonceptivos, siendo las actitudes las que presentaron mayor efecto.

**Limitaciones.** La falta de acercamiento con los padres de familia dificultó la obtención del consentimiento para las participantes menores de edad. Aunado a ello, la falta de colaboración de las jóvenes dificultó la recolección de los cuestionarios, debido a que no entregaron los cuestionarios en las fechas acordadas.

Algunas jóvenes se negaron a participar en el estudio considerando que la realización del estudio era una manera de recabar información de su vida personal.

En la comunidad existen problemas con el acceso de internet, lo que obstaculizó la recolección de los datos de manera electrónica.

**Recomendaciones.** Se recomienda prestar atención a la importancia de reforzar las campañas de promoción relacionadas con el uso de métodos anticonceptivos, así como también ampliar el acceso a estos.

Se deberá ser más sensible en el trato con los jóvenes y brindarles la confianza de expresar sus necesidades y dudas en temas relacionados con su sexualidad.

Es necesaria la implementación de campañas de información de los derechos de las mujeres y sobre todo empoderarlas para que sean partícipes en la decisión de la anticoncepción, para evitar embarazos en edades tempranas.

En el ejercicio de la profesión, se recomienda realizar intervenciones encaminadas a la importancia del uso de métodos anticonceptivos, que incluya



información considerando aspectos culturales para cubrir las necesidades de los adolescentes y jóvenes para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados en adolescentes y jóvenes.

Realizar intervenciones educativas que incluyan las habilidades sociales como la asertividad, autoestima y comunicación interpersonal que les permitan a las jóvenes mejorar sus relaciones afectivas.

Se recomienda profundizar sobre las variables con un estudio cualitativo, con participantes de ambos sexos.

Se recomienda realizar estudios en donde se incluya un mayor número de variables para explicar el fenómeno de una manera más integral.

## Referencias

- Bauzá, M. L., Esteva, M., Molina, J., Pereiró, I., Ingla, M. & March, S. (2018).  
Emergency contraception and risk habits in a university population. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 1-8.  
<https://doi.org/10.1080/13625187.2018.153354>
- Black, K. J. & Pollack, R. H. (1987). The development of a contraceptive attitude scale.  
Paper presented at the annual meeting of the Southern Society of Philosophy and Psychology; Atlanta.
- Calvillo-Paz, C. R. & Rodríguez-Cabrera, A. (2014). Conocimientos y comportamientos en salud sexual de estudiantes indígenas guatemaltecos residentes en una comunidad rural. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(4), 467-480.
- Caudillo-Ortega, L. (2016). *Modelo de la conducta anticonceptiva en mujeres desde un abordaje con métodos mixtos* [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Nuevo León]. Repositorio institucional.  
<http://eprints.uanl.mx/13642/1/1080238179.pdf>
- Cobo-Olivero, C. E. (2003). El comportamiento humano. Cuadernos de administración. *Universidad del Valle*, 19(29), 113-130.
- Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2.<sup>a</sup> ed.).

Lawrence. Erlbaum Associates. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas [CDI]. 2015.

Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México.  
Coordinación General de Planeación y Evaluación.  
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239921/01-presentacion-indicadores-socioeconomicos-201>

Consejo Nacional de Población [CONAPO]. (2015). *Infografía, población indígena*.  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/Infografia\\_INDI\\_FINAL\\_08082016.pdf?platform=hootsuite](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/Infografia_INDI_FINAL_08082016.pdf?platform=hootsuite)

Consejo Nacional de Población [CONAPO]. (2016). *Situación de la salud sexual y reproductiva. República Mexicana*.  
Mexicana.[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo\\_SR\\_RM.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/237216/Cuadernillo_SR_RM.pdf)

Ana, W., Giraldo-Obando, N. & Perdomo-Ortega, M. A. (2019).  
*Conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes indígenas, Corinto (CAUCA)*. [Tesis de licenciatura, Universidad Santiago de Cali, Colombia]. Repositorio institucional.  
<https://repository.usc.edu.co/bitstream/handle/20.500.12421/397/CONOCIMIENTOS>

Cruz-Pérez, O., Esteban-Silvestre, H., García-Lara, G. A., Ocaña-Zúñiga, J. & Pérez-Jiménez, C. E. (2019). Las perspectivas de las y los adolescentes sobre la práctica sexual en comunidades de Chiapas, México. *Revista Iberoamericana de*

*las Ciencias Sociales y Humanísticas*, 9 (17), 1-23. <https://doi.org/10.23913/ricsh.v9i17.188>

Covarrubias-López, E. S., Ramírez-Villegas, R., Verde-Flota, E. E., Rivas-Espinoza, J. G. & Rivero-Rodríguez, L. F. (2016). Utilización de métodos anticonceptivos en estudiantes de enfermería. *Imagen Desarr*, 18(1), 31-43.

Dansereau, E., Schaefer, A., Hernández, B., Nelson, J., Palmisano, E., Ríos-Zertuche, D., Woldeab, A., Zúñiga, M. P., Iriarte, E. M., Mokdad, A. H. & Bcheraoui, C. E. (2017). Perceptions of and barriers to family planning services in the poorest regions of Chiapas, Mexico: a qualitative study of men, women, and adolescents. *Reproductive Health*, 14(129), 1-10. doi: 10.1186/s12978-017-0392-4.

Dirección General de Estudios Sociodemográficos y Prospectiva (2019). *Necesidades de atención en la población indígena*.  
[http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Poblacion\\_adolescente\\_indigena.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Poblacion_adolescente_indigena.pdf)

Dorina, S. (1993). Teoría de la acción razonada: una aplicación a la problemática de la internación geriátrica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25(2), 205-223. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80525205>.

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica [ENADID]. (2018). *Principales resultados*.  
<https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018>

Escalante-Gómez, E., Repetto, A. M. & Mattinello, G. (2012). Exploración y análisis de la actitud hacia la estadística en alumnos de psicología. *Liberabit*,

18(1), 15-26. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272012000100003&script=sci\\_abstract&tlng=en](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272012000100003&script=sci_abstract&tlng=en)

Fisbhein, M. (2018). Modelo de la acción razonada, 1967. Modelos psicológicos de la salud que han abordado el VIH/SIDA: <https://www.uv.mx/cendhiu/files/2018/02/Modelos-de-accion-razonada.pdf>

Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] (28 de febrero de 2018). *América*

*Latinoamérica y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo.* <https://mexico.unfpa.org/es/news/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-m%C3%A1s-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mund->

Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] (2020). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en México.* Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescente en países de América Latina y el Caribe. [https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/milena\\_mexico](https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/milena_mexico)

Gálvez-Mimbela, R. A. 2017. *Uso de métodos anticonceptivos en estudiantes del Instituto de Educación Superior Tecnológico privado Cayetano Heredia.* [Tesis de licenciatura]. Chiclayo, Perú.

Grove, S. K., Gray, J. R., & Burns, N. (2016). *Investigación en enfermería. Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia.* (6.<sup>a</sup> ed.). Elsevier.

Grupo Estatal para la Prevención del Embarazo Adolescente del Estado de Guerrero (2018). *Informe*.

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/460824/Informe2018\\_GE](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/460824/Informe2018_GE)

Hernández, M. F., Meneses, E. & Sánchez, M. (2016). *Mujeres indígenas y su acceso a los derechos sexuales y reproductivos 2009 y 2014*. La situación demográfica de México 2016.

Huéscar, E., Rodríguez-Marín, J., Cervelló, E. & Moreno-Murcia, J. A. (2014). Teoría de la acción planeada y tasa de ejercicio: Un modelo predictivo en estudiantes adolescentes de educación física. *Anales de psicología*, 30 (2). 738-744. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2>.

Instituto Mexicano de la Juventud [IMJUVE]. (2017). *¿Qué es ser joven?*  
[www.gob.mx](http://www.gob.mx)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). *Población-lengua indígena*. <https://www.inegi.org.mx/temas/lengua/>

Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES]. (2020). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*.  
<https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>

Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas [INPI]. (7 de marzo de 2018). *Mujeres indígenas, datos estadísticos en el México actual*.  
<https://www.gob.mx/inpi/es/articulos/mujeres-indigenas-datos-est>

Jaccard, J., Dittus, P. J. & Gordon, V. V. (1996). Maternal correlates of adolescent sexual and contraceptive behavior. *Family Planning Perspectives*, 28 (4), 159-165.

Kalolo, A. & Kibusi, S. M. (2015). The influence of perceived behavior control, attitude and empowerment on reported condom use and intention to use condoms among adolescents in rural Tanzania. *Reproductive Health*, 12 (105), 1-9. doi:10.1186/s12978-015-0097-5

Linch-Torres, E. L. & Huertas-Angulo, F. M. (2018). Componentes y actitudes hacia el amor y uso de anticoncepción de emergencia en jóvenes. *Revista Ciencia y Tecnología*, 14(4), 147-154.

Logie, C. H., Lys, C. L., Fujioka, J., MacNeill, N., Mackay, K. & Yasseen, A. S. (2018).

Sexual practices and condom use among a sample of Northern and Indigenous adolescents in Northern Canada: cross-sectional survey results. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 45(2), 147-154. doi:10.1136/bmjsexrh-2018-200174

López, G. J. (1 de 2019). Embarazo en adolescentes indígenas. *Nexos*. <https://www.nexos.com.mx/?p=44915>

Maque-Ponce, M. L., Córdova-Ruíz, R. L., Soto-Rueda, A. M., Ramos-García, J. M. & Rocano-Rojas, L. (2018). Embarazo no planeado: impacto de los factores socioculturales y emocionales de la adolescente. *Investigación Valdizana*, 12(2), 83-94. <https://doi.org/10.33554/riv.12.2.14>

Marquina-Alfaro, K. L. & Méndez-Laureano, D. N. (2020). Nivel de conocimiento y actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Trujillo, Perú].

Meneses-Tirado, M. A. (2018). *Modelo de conducta sexual segura en adolescentes de la comunidad náhuatl de las Lomas, Puebla* [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Nuevo León]. <http://eprints.uanl.mx/16371/>

Menkes-Bancet, C., Jesús-Reyes, D. & Sosa-Sánchez, I. (2019). Jóvenes en México: ¿existen diferencias entre hombres y mujeres en su inicio sexual y uso del condón? *Papeles de Población* 100, 183-215.  
<http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2019>.

Mondragón-Jaramillo, L. M. & Vásquez-Saldarriaga, F. M. (2020). *Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en adolescentes del A. A. H. H. Tupac Amaru II, distrito Veintiséis de octubre-Piura* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica Los Ángeles Chimbote].  
<http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/17141>

Mora-Cancino, A.M., & Hernández-Valencia, M. (2015). Embarazo en la adolescencia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 83(5), 294-301.

Nethery, E., Schummers, L., Maginley, S., Sheila, D. & Norman W, V. (2019).

Household income and contraceptive methods among female youth: a cross-sectional study using the Canadian Community Health Survey (2009–2010 and 2013–2014). *Cmaj Open*, 7 (4), 646-653.



Organización Mundial de la Salud [OMS]. (31 de enero de 2020). *El embarazo en la adolescencia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (s. f.) ¿Quiénes son los jóvenes? <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/youth-0/index.html>

Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Gobierno de México. <https://presidente.gob.mx/plan-nacional-de-desarrollo-2019-2024/>

Polanco, F. (2016). El concepto de conducta en psicología: Un análisis sociohistórico-cultural. *Interacciones*, 2(1), 43-51.

Ríos Zertuche, D. Blanco, L.C. Zúñiga-Brenes, P. Palmisano, E. B. Colombara, D.

V., Mokdad, A. H., & Iriarte, E. (2017). Contraceptive knowledge and use among women living in the poorest areas of five Mesoamerican countries. *Contraception*, 95, 549–557. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.01.005>

Ritchwood, T.D., Penn, D., Peasant, C., Albritton, T. & Corbie-Smith, G. (2015).

Condom use self-efficacy among younger rural adolescents: The influence of parent-teen communication, and knowledge of and attitudes toward condoms. *Journal of Early Adolescence*, 37(2), 267-283. doi: 10.1177/0272431615599065

Rueda-Sampedro, I., Fernández-Laviada, A. & Herrero-Crespo, A. (2013). Aplicación de la teoría de la acción razonada al ámbito emprendedor en un contexto universitario. *Investigaciones Regionales*, 26, 141-158.

Rukundo, A., Muwonge, M. M., Mugisha, D., Aturwanaho, D., Kasangaki, A. & Bbosa, G. S. (2016). Knowledge, Attitudes and Perceptions of Secondary School Teenagers towards HIV Transmission and Prevention in Rural and Urban Areas of Central Uganda. *Health (Irvine, Calif)*, 08(10), 937-952. DOI:

10.4236/health.2016.810097

Saeteros-Hernández, R. C. & Ortiz-Zayas, E. (2018). *Representaciones y prácticas sobre la anticoncepción y uso del condón de estudiantes universitarios ecuatorianos*.

V Congreso Internacional de la Ciencia, Tecnología, Emprendimiento e Innovación. Ecuador.

Sánchez-Reyes, L. G. & Gavilánes-Saenz, V. P. (2015). *Factores que impiden el uso de métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital General Docente Ambato durante el periodo septiembre 2014-enero 2015* [Tesis de licenciatura, Universidad

Técnica de Ambato.

[http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9262/1/S%C3%A1nchez%20Reyes,%20Luis%](http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/9262/1/S%C3%A1nchez%20Reyes,%20Luis%20)

Scott, R., Foster, R., Oliver, L. N., Olsen, A., Mooney-Somers, J., Mathers, B., Micaller, J. M., Kaldor, J., & Maher, L. (2015). Sexual risk and healthcare seeking behaviour in young aboriginal and Torres Strait Islander people in North Queensland. *Sexual Health*, 12, 194-199. <https://doi.org/10.1071/SH14092>

Secretaría de Educación Pública (2012). *Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: Una visión desde el Promajoven*. (1.ª ed.) [https://ddsudg.files.wordpress.com/2014/06/embarazo\\_adolescente.pdf](https://ddsudg.files.wordpress.com/2014/06/embarazo_adolescente.pdf)

Secretaría de Salud. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud.

Sistema Nacional de Información en Salud [SINAIS]. (2019). *Nacimientos por entidad federativa*. <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/#>

Todd, N. & Black, A. (2020). Contracepción para *adolescentes*. *J Clin Pediatr Endocrinol*, 12(20), 28-40.

Tuesta-Ludeña, E. L. (2020). Actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes de enfermería de una universidad nacional de Lima, 2019. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Enfermería.

Truong, S., Villar de Onis, J., Lindley, A., Bazúa, R., Reyes, A., Montaña, M., Marcotrigiano, L. & Molina, R. L. (2020). Gender-Informed Family Planning Perceptions and Decision-Making in Rural Chiapas, Mexico: A Mixed-Methods Study. *International Journal of Reproductive Medicine*. 2020, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2020/1929143>

Urueta-Urueta, J. P., Martínez-Julio, K. J., Aguilar-La Rotta, F. & Agámez-Casanova, L. M. (2015). Actitudes sobre el uso de métodos anticonceptivos en estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de una universidad pública del distrito de Santa Marta, Colombia. *Ciencia y salud virtual*, 7(2), 11-19. <https://doi.org/10.22519/21455333.510>

Valdiviezo-Villanueva, N. (2014). Anticoncepción en mujeres indígenas jóvenes de Oaxaca, México. Reflexiones desde los derechos humanos. *Asociación Latinoamericana de Población*. 11,193-209.

Villalobos, A., De Castro, F., Rojas, R. & Allen B. (2017). Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas del nivel medio superior: uso y necesidades insatisfechas. *Salud Pública México*, 59(5), 566-576. <https://doi.org/10.21149/8481>

## *CAPÍTULO 2*

### INFLUENCIA DE LAS NORMAS SUBJETIVAS EN LA CONDUCTA SEXUAL Y PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN ADOLESCENTES

*María Aurora Montañez Frausto*

*Raquel Alicia Benavides Torres*

*Dora Julia Onofre Rodríguez*

*Juana Edith Cruz Quevedo*

#### **Introducción**

Estimaciones mundiales confirman que el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la pandemia más extendida del siglo y de la actualidad. Los datos epidemiológicos muestran que ya han sido afectadas más de 39.9 millones de personas a causa del SIDA. En América Latina se estima que la epidemia se inició a principios del decenio de 1980 y más de 40 millones de personas han muerto a causa de esta enfermedad (UNAIDS - Global Report 2023, 2023). El primer caso del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en México se diagnosticó en 1983 y hoy en día México ocupa el segundo lugar en el número de casos reportados por

SIDA a nivel de América Latina (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2022). En 2012, el número de casos nuevos fue de aproximadamente 139,137; para finales del año 2023, ascendió a 369,626 casos nuevos con una incidencia de 99.7% (Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (De Salud, 2024). Uno de los estados de México que ha sido más afectado por esta enfermedad es Guanajuato debido al alto índice de emigración en la etapa de la adolescencia tardía.

En dicho estado se presentaron un total de 8,708 casos nuevos hasta el mes de enero del 2024 (De Salud, 2024). La distribución por sexos está dada de la siguiente manera: 7,246 hombres (83.21%) y 1,462 mujeres (16.78%) con una proporción hombre-mujer de 4.9 a 1. Según el grado máximo de escolaridad, el mayor número de casos se localizó en aquellos que sólo habían estudiado la primaria (18.63%) y el estado civil que predominó al momento del diagnóstico fue soltero (42.47%). Entre los factores de riesgo más mencionados fueron relaciones heterosexuales (29.41%), hombres que tienen sexo con otros hombres (15.01%), así como el (12.97%) de relaciones bisexuales (Coordinación Estatal de Programas VIH/SIDA Guanajuato, 2006). En cuanto a la edad y su relación con la infección por VIH, a nivel mundial, aproximadamente la mitad de las infecciones se dan entre los 15 y los 24 años, con un 50% de los casos en mujeres (UNAIDS & WHO, 2005).

Para el caso de México, se ha reportado que la mayor parte de los casos han ocurrido en el grupo de 25 a 29 años de edad. Si se toma en cuenta que pasan al menos 10 años entre la adquisición del virus de inmunodeficiencia adquirida y el desarrollo del SIDA, se podría sospechar que gran parte de estas infecciones

ocurrieron durante la adolescencia (La Prevención Y Control del VIH y el SIDA, 2023). Algunos estudios han reportado un incremento en la incidencia anual de adolescentes con infección por el VIH desde 1982, con una tasa similar a la observada en niños o adultos. La mayor parte (20.3%) ocurrió en jóvenes entre los 25 y 29 años, con predominio en varones (La Prevención Y Control del VIH y el Sida, 2023).

Los adolescentes son especialmente vulnerables a la infección por el VIH, ya que se encuentran en un período de transición en el que ya no son niños, pero no han llegado a la edad adulta. Su desarrollo social, emocional y psicológico es incompleto, por lo que tienden a experimentar formas peligrosas de comportamiento sin darse cuenta del peligro (Mathur et al., 2020). Muchos de estos riesgos incluyen sexo sin protección (sin uso del condón), relaciones sexuales con múltiples parejas y el uso de drogas intravenosas (UNAIDS, 2024). En la adolescencia, se tiene un patrón de comportamiento impredecible; falta el discernimiento que viene con la edad. Por lo común, no pueden apreciar las consecuencias adversas de sus actos (Ratnawati et al., 2024).

Asimismo, debido al largo período de incubación, el comportamiento arriesgado no tiene inmediatamente consecuencias manifiestas, por lo que muchos adolescentes realizan conductas arriesgadas. Estos hallazgos ponen de manifiesto que los adolescentes no se consideran vulnerables al VIH/SIDA. Milic et al. (2023) realizó un estudio donde encontró que un 72.5% de los varones entrevistados se consideraban en bajo riesgo de contraer el VIH/SIDA, un 8.5% pensaba que estaban en alto riesgo y un 19% no conocía su riesgo.

Se ha probado que la conducta del adolescente puede estar influenciada por las creencias debido a sus representaciones mentales y subjetivas acerca de la realidad y afectar positiva o negativamente sus actos. Las creencias normativas han sido relevantes cuando se ha estudiado la prevención de VIH/SIDA en adolescentes, más particularmente las normas subjetivas que influyen en gran manera en la conducta del adolescente (Vakilian & Keramat, 2020).

Fishbein y Ajzen (1991), en su Teoría de Acción Razonada y Conducta Planeada para explicar el comportamiento humano, desarrollaron el concepto de normas subjetivas que tienen que ver con la presión que ejerce la sociedad. En otras palabras y aplicado al estudio, el adolescente percibe que las personas importantes para él o ella aprueban o desaprueban su conducta sexual.

La mayoría de los estudios realizados en México, que se enfocan en la prevención de VIH/SIDA en adolescentes, estudian variables sociodemográficas; razón por la que este estudio se enfocó a las variables que afectaron las motivaciones de los adolescentes para realizar o no conductas sexuales de riesgo, como lo son las normas subjetivas. Debido a que el número de casos de SIDA se está incrementando dramáticamente en México, es de gran importancia tomar medidas de prevención contra que los adolescentes continúen infectándose con el VIH. Enfermería juega un papel muy importante en el área de prevención y este estudio puede generar nuevos conocimientos acerca de variables que deben ser incluidas en programas de prevención y detección de VIH/SIDA. Es importante combatir esta fatal enfermedad, estudiar a los adolescentes en etapa tardía, ya que es una población que está creciendo en número, que comienza a ser independiente y económicamente activa, lo cual los hace más vulnerables. Asimismo, este estudio



es de relevancia para la enfermería, ya que las normas subjetivas han sido muy poco abordadas en investigaciones realizadas en México.

Además, en la etapa de la adolescencia, la opinión de otros es muy importante; asimismo, este estudio es de relevancia para la enfermería, ya que las normas subjetivas han sido muy poco abordadas en investigaciones realizadas en México. Además, en la etapa de la adolescencia, la opinión de los otros es muy importante, así como las características culturales de familiarismo y religiosidad (Vakilian & Keramat, 2020), por lo que conocer la relación entre la conducta sexual y las normas subjetivas es crucial para crear programas específicos para la cultura mexicana.

De acuerdo a lo anterior, el presente estudio de tipo descriptivo, correlacional y transversal tuvo como propósito conocer la asociación que existe entre las normas subjetivas para el VIH/SIDA y la conducta sexual del adolescente en etapa tardía.

## Marco de referencia

De acuerdo a la Teoría de Acción Razonada y Conducta Planeada de Fishbein y Ajzen (1991), la conducta de las personas está condicionada por su intención. Para entender una conducta, primero hay que saber cuál es la intención de las personas; si desean o no llevarla a cabo. La intención es una especie de equilibrio entre dos conceptos. Por un lado, la actitud, es decir, lo que uno cree que debe hacer; y, por otro lado, lo que los autores llaman la norma subjetiva, que es algo parecido a lo que se podría llamar “la presión del grupo”, esto es, la percepción que se tiene de lo que otros, como su madre, su padre, sus amigos, su pareja y la iglesia, piensan que debe hacer. Los autores explican que el comportamiento humano se define por factores que anteceden a la intención de realizar una conducta, basada en un determinante de carácter personal y otro de índole social.

En este caso, el determinante de índole social se refiere a las normas subjetivas que se han utilizado para predecir y entender la conducta humana por medio de posibles mensajes que permiten orientarse al nivel de creencias de los individuos o bien sobre la percepción que tienen los adolescentes de la aprobación de los seres queridos importantes para ellos. Para fines del presente estudio, la definición teórica para las normas es la percepción del adolescente que tiene de lo que otros piensan que debe hacer y específicamente las normas subjetivas para VIH/SIDA. La definición teórica que se tomó en cuenta para la conducta es la manifestación de una respuesta observable hacia una situación específica. En este estudio se abordará la conducta sexual (Ajzen & Fishbein, 1970). Ver Figura 1.

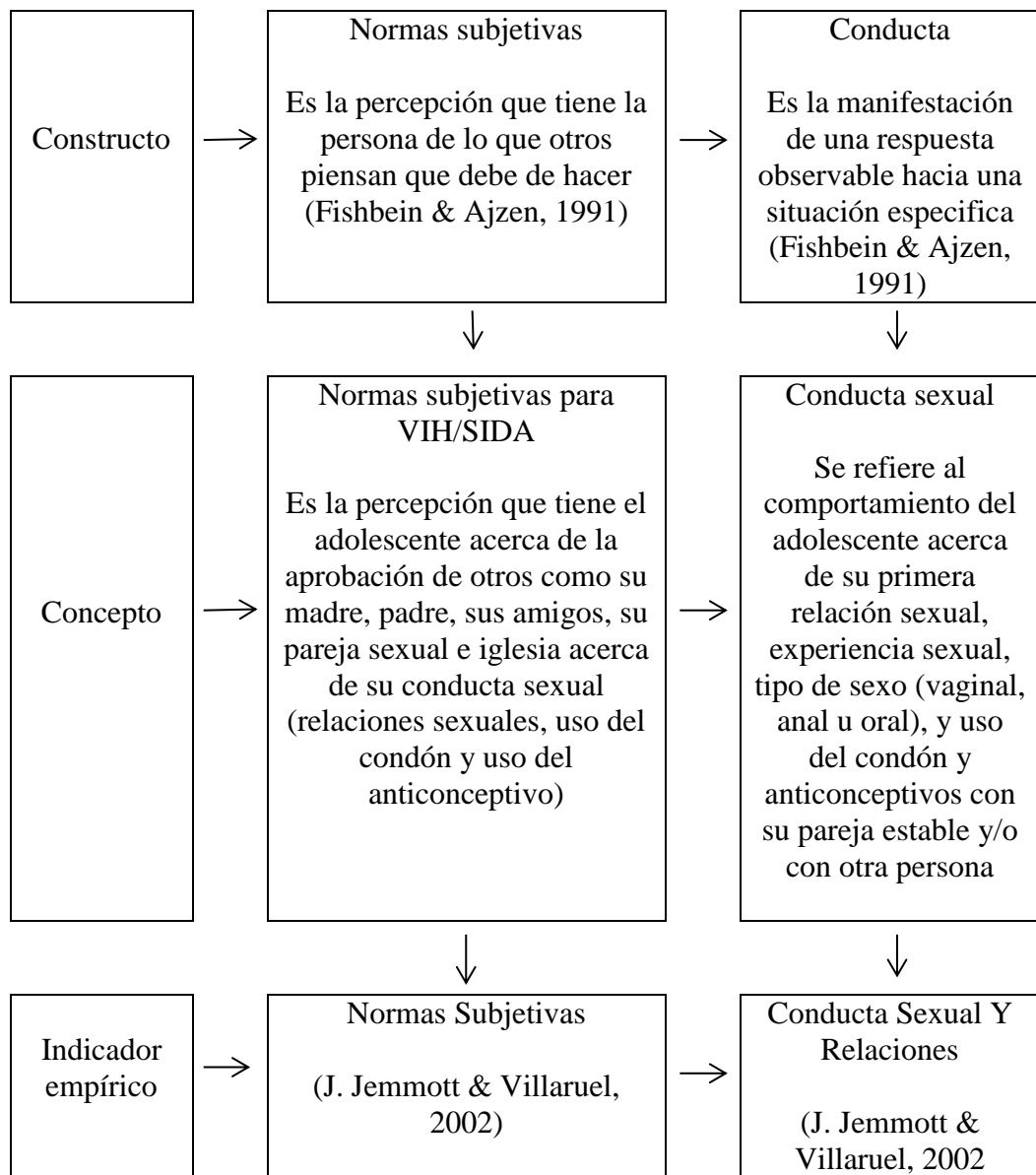


Figura 1. Estructura conceptual teórica empírica

## Estudios relacionados

Es importante mencionar que los estudios relacionados que se presentan a continuación han sido realizados en la Unión Americana, ya que no se encontraron estudios que fuesen realizados en México con las variables de interés para esta investigación.

Villarruel, J. Jemmott, L. Jemmott y Ronis (2004) examinaron las actitudes, normas subjetivas, creencias conductuales, creencias normativas y creencias de control que predicen el uso del condón en adolescentes latinos que hablaban español. No reportaron una relación significativa entre las normas subjetivas en general y la conducta sexual. Sin embargo, al analizar por separado las normas subjetivas, sí se encontró relación significativa de aprobación de la madre ( $r = .26$ ,  $p = .002$ ), padre ( $r = .23$ ,  $p = .006$ ), de los amigos ( $r = .21$ ,  $p < .012$ ) y pareja ( $r = .27$ ,  $p = .001$ ). Reportaron una relación significativa entre las normas subjetivas en general y el uso del condón ( $r = .67$ ,  $p < .001$ ). Asimismo, se encontró que la norma subjetiva de aprobación de compañero sexual tiene un efecto sobre la conducta sexual ( $\beta = .96$ ,  $p = .01$ ) y uso del condón ( $\beta = .27$ ,  $p < .001$ ).

J. Jemmott et al. (2002) estudiaron los factores que predicen la conducta sexual en 199 adolescentes latinos. Los autores reportaron que, a mayor percepción de la norma subjetiva de aprobación de uso del condón de la pareja sexual, era más probable que reportaran que usaron un condón la última vez que tuvieron sexo vaginal que los estudiantes que no tenían la aprobación. Asimismo, y consistente con la Teoría de Acción Razonada, las normas subjetivas de aprobación de la pareja sexual para el uso del condón influyen en el uso del condón en la última relación sexual ( $\beta = 0.894$ ,  $p = .0009$ ).

Whitaker y Miller (2000) estudiaron el impacto de la influencia de pares en la conducta sexual de riesgo en 372 adolescentes, entre 14 y 16 años. Reportaron una media de 56.7 (DE = 39.6) para las normas subjetivas de aprobación de compañeros para conducta sexual. No se encontró una relación significativa entre las normas subjetivas de compañeros para el uso de condón y la conducta sexual ( $p > .05$ ); sin embargo, al analizar por separado los reactivos, se encontró una relación negativa entre las normas subjetivas de no aprobación de compañeros (el condón es molesto) y el uso constante del condón ( $r = -.28, p < .01$ ).

Albarracín, Johnson, Fishbein y Muellerleile (2001) estudiaron las teorías de Acción Razonada y Conducta Planeada en un metanálisis de los modelos que predicen la conducta sexual en 96 estudios (N = 22,594 participantes totales). Encontraron correlación de la norma con la conducta sexual en el futuro en 40 de los 96 estudios ( $r_o = .25, IC = .2312 -.2734$ ), y para la norma de conducta sexual en el pasado en 32 de ellos ( $r_o = .31, IC = .2947/ .3273$ ).

En resumen, con base en los estudios revisados, se puede concluir que las normas subjetivas y la conducta sexual han sido relacionadas. Un estudio reportó que, a mayor percepción de la norma subjetiva de la aprobación de la pareja sexual, era más probable que reportaran que usaron un condón la última vez que tuvieron sexo vaginal que otros estudiantes. Dos de los estudios no reportaron una relación significativa entre las normas subjetivas en general y la conducta sexual; sin embargo, al analizar por separado las normas subjetivas, sí se encontró relación significativa: la aprobación de la madre, padre, de los amigos y pareja reportaron una relación significativa con el uso del condón. Asimismo, en otro estudio se encontró una relación significativa entre las normas y las intenciones por tener

sexo, pero no para la conducta sexual; sin embargo, al analizar por separado los ítems, se encontró una relación negativa entre las normas subjetivas de no aprobación de compañeros (el condón es molesto) y el uso constante del condón. En general, la conducta sexual se reporta en términos de uso del condón, sin ser abordadas las relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos; tampoco se han abordado las normas subjetivas con respecto a la religiosidad.

**Definición de términos.** A continuación, se definen las variables de este estudio:

Normas subjetivas para VIH/SIDA es la percepción que tiene el adolescente acerca de la aprobación de otros como su madre, su padre, sus amigos, su pareja sexual e iglesia acerca de su conducta sexual (relaciones sexuales, uso del condón y uso de anticonceptivos), la cual es medida por el instrumento de normas subjetivas (J. Jemmott et al., 2002).

Conducta Sexual se refiere al comportamiento del adolescente acerca de su primera relación sexual, experiencia sexual, tipo de sexo (vaginal, anal u oral) y uso del condón y anticonceptivos con su pareja estable y/o con otra persona y es medida con los instrumentos de Conducta Sexual y Relaciones (J. Jemmott et al., 2002).

Género es la condición que refiere el adolescente en cuanto a su sexo, que puede ser masculino o femenino, y es medido por medio de un reactivo dentro del cuestionario de información general.

## **Objetivos**

1. Describir las normas subjetivas para VIH/SIDA en adolescentes.

2. Describir la conducta sexual del adolescente.

### **Hipótesis**

H1: Los adolescentes masculinos inician más tempranamente las relaciones sexuales que las adolescentes femeninas.

H2: Existe una relación entre las normas subjetivas para VIH/SIDA y la conducta sexual en el adolescente.

Además de encontrar significancia en la relación entre normas subjetivas para VIH/SIDA y conducta sexual, se determinará si las normas subjetivas para VIH/SIDA influyen en la conducta sexual del adolescente.

## Metodología

En el presente apartado se describe el diseño del estudio, la población, el muestreo y muestra. Así como los instrumentos para la recolección de información, las consideraciones éticas y el plan de análisis de datos.

**Diseño del estudio.** Se realizó un estudio de tipo descriptivo y correlacional; se consideró descriptivo ya que describió las normas subjetivas para VIH/SIDA y la conducta sexual. Se consideró correlacional porque identificó la relación que existe entre las normas subjetivas para VIH/SIDA y la conducta sexual en el adolescente. Es de tipo transversal porque se levantaron datos en un momento específico, lo cual es adecuado para describir el estado de fenómenos determinados y las relaciones entre ellos en un momento dado (Polit & Hungler, 2000). En este estudio, la variable independiente es Norma Subjetiva para VIH/SIDA y la variable dependiente es Conducta Sexual.

**Población, muestreo y muestra.** La población de estudio se conformó por 1,188 adolescentes entre 18 y 19 años del estado de Guanajuato y corresponden a los 3 primeros semestres de diferentes carreras. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado de dos estratos por sexo y semestre, con asignación proporcional al tamaño de cada estrato (ver Tabla 1). El tamaño total de la muestra se calculó mediante el paquete estadístico n´Query Advisor ® versión 4.0 (Elashoff, Dixon & Crede, 2000) para una prueba de regresión lineal de dos colas con un nivel de confianza de .05 para un coeficiente  $\beta = 0.67$ . El efecto del tamaño de la muestra es de .20 con una potencia de 95%, resultando en una muestra de 651 adolescentes.



Tabla 1

*Muestro aleatorio estratificado*

Sexo/semestre	1er. semestre	2do. semestre	3er. semestre	Total
Femenino	114	152	110	376
Masculino	86	110	79	275
Total	220	262	189	651

**Instrumentos de medición.** Para describir los datos sociodemográficos de los participantes, se utilizó una cédula de identificación que incluye datos de edad, sexo, semestre, estado civil y trabajo. Para medir las Normas Subjetivas para VIH/SIDA se utilizó el instrumento de Normas Subjetivas (J. Jemmott et al., 2002) en su versión traducida al español de Villarruel, J. Jemmott y Jemmott (1999). Este instrumento ha sido utilizado con otros adolescentes latinos y mexicanos para medir la percepción que tienen los adolescentes acerca de la aprobación social, la aprobación de la madre, la aprobación del padre, la aprobación del amigo y la aprobación de la iglesia con respecto de su conducta sexual (relaciones sexuales, uso del condón y uso de anticonceptivos). Cuenta con 18 reactivos con opción de respuesta tipo Likert que van de 1 = desaprobarían mucho, 2 = desaprobarían, 3 = ni aprobarían ni desaprobarían, 4 = aprobarían y 5 = aprobarían mucho. Un ejemplo de pregunta sería: ¿Tu madre aprobaría o desaprobaría si tuvieras relaciones sexuales en los próximos 3 meses? Y las respuestas tienen relación con lo que pensarían las personas que son importantes para el o la adolescente, como

son su padre, su madre, sus amigos, su pareja y religiosidad, acerca de que tengan relaciones sexuales, que utilicen un método anticonceptivo y/o usen el condón.

La puntuación oscila entre cero y cien, donde a mayor puntuación, el adolescente universitario tendrá mayor percepción de aprobación de otros de su conducta sexual. Los coeficientes de confiabilidad para consistencia interna que ha reportado el instrumento son mayores a .68 (Benavides, 2007; Villarruel et al., 2004). Para este estudio, la confiabilidad del instrumento presentó una consistencia interna de Alpha de Cronbach de .88 .

Para la Conducta Sexual se utilizó el cuestionario de Conducta Sexual y Relaciones (J. Jemmott et al., 2002). Este cuestionario tiene 49 preguntas respecto al comportamiento del adolescente acerca de su primera relación sexual, experiencia sexual, tipo de sexo (vaginal, anal u oral) y uso del condón y anticonceptivos con su pareja estable y/o con otra persona. La opción de respuesta para estas conductas es dicotómica, donde 1 = No y 2 = Sí; un ejemplo: ¿Alguna vez en la vida has tenido relaciones sexuales? Adicionalmente, cuando la respuesta es afirmativa (presencia en la conducta), explora con fines descriptivos la frecuencia de la conducta, el uso de métodos anticonceptivos, particularmente el uso del condón y si fue con pareja estable, entre otros. Otro ejemplo sería: ¿Qué edad tenías cuando tuviste relaciones sexuales por primera vez? En una prueba piloto para este estudio, se determinó la estabilidad del cuestionario al aplicar la prueba de test-retest en 42 adolescentes con un período de 7 días entre la primera y segunda aplicación. Los valores encontrados oscilaron entre .64 y .99, lo cual indica que hay una alta correlación entre la primera y segunda aplicación y habla de su estabilidad.

## Procedimiento de selección de participantes y recolección de la información

Para la realización de este estudio se solicitó la aprobación de las comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como con la autorización del director donde se realizó el estudio. Una vez obtenida la aprobación de las autoridades pertinentes, se procedió a la recolección de los datos y se obtuvieron las listas actualizadas en orden alfabético por apellido y semestre de las carreras de los alumnos inscritos en el semestre enero-junio 2008. Se les enumeró para realizar la selección aleatoria de los participantes por medio del paquete Microsoft® Excel por sexo y semestre, utilizando la función de aleatorio. Una vez seleccionados e identificados los adolescentes, se realizó una reunión donde se les explicó en qué consiste el estudio y se les hizo la invitación para participar en el mismo y a aquellos adolescentes que aceptaron participar se les entregó el consentimiento informado.

Durante la recolección de los datos, los adolescentes se mostraron renuentes para firmar el consentimiento; sin embargo, manifestaron su deseo de participar en la investigación y contestar los instrumentos de medición. Esta investigación es de riesgo mínimo debido a que aborda aspectos sensitivos de la conducta y en base al Título Segundo, Capítulo I, Artículo 23 de la Ley General de Salud, por lo que se solicitó a la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la UANL que se dispensara la obtención del consentimiento informado por escrito. Una vez obtenida la respuesta de la Comisión de Ética, se continuó con la aplicación del consentimiento verbal.

El levantamiento se llevó a cabo durante los meses de marzo, abril y mayo del 2008, programando tres horarios diferentes los días miércoles, jueves y viernes, cuidando no interferir con el horario de sus actividades educativas. El lugar de la aplicación del instrumento fue en sus salones de clases libre de ruidos y distractores que permitía la concentración de los participantes a la hora de contestar los cuestionarios y se les mencionó que, en caso de necesitar ayuda, podían levantar la mano para asistirlos sin afectar la respuesta del participante.

Se les pidió a los participantes que trataran de concentrarse para que leyeran y comprendieran el cuestionario en silencio y que sus respuestas fueran las más honestas posibles. Seguido a esta información se les daba el cuestionario de normas subjetivas y conducta sexual, asegurándoles que las respuestas a las preguntas se mantendrán en absoluta confidencialidad. Esto significa que nadie va a saber quién fue el o la que contestó las preguntas. Se les explicó que no iban a poner su nombre en el cuestionario. Después de aplicar el instrumento, se verificó que no se hubiera dejado en blanco alguna respuesta por error. Al final del llenado del cuestionario se les dio las gracias por su participación.

**Consideraciones éticas.** Este estudio se sometió al dictamen de las comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. El estudio se apegó a lo estipulado en el Título Segundo referente a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987), donde se respetaron los siguientes artículos: Del Artículo 13, se respetaron la dignidad y los derechos de bienestar del participante; se aplicaron los instrumentos en un lugar cómodo y respetando la privacidad del

participante al no permitir que la información obtenida sea manejada por personas ajenas a la investigación. Del Artículo 14, Fracciones VII y VIII, se contó con el consentimiento informado realizado por un profesional de la salud estudiante de la Maestría en Ciencias de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la UANL. Se contó con el dictamen de la Comisión de Investigación y Ética y se realizó la investigación hasta contar con la autorización del director del complejo educativo seleccionado.

Del Artículo 16, se protegió la privacidad del sujeto de investigación, ya que en los cuestionarios solo apareció un número de código, omitiendo sus nombres. Del Artículo 17, Fracción I, la presente investigación fue sin riesgo dado que solo se les aplicó un cuestionario que duró aproximadamente de 15 a 17 minutos. Fracción II: Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Del Artículo 21, Fracciones I, II, III, IV, VI Y VII, se le informó al participante el objetivo y la justificación de la investigación, procedimientos y se aclararon dudas.

Acorde a lo establecido en el Capítulo V, Artículos 57 y 58, Fracción I sobre la investigación en grupos subordinados, menciona que la participación, el rechazo de los sujetos a intervenir o el retiro de su consentimiento durante el estudio, no afectó su situación dentro de la Universidad y de acuerdo a la Fracción II, se les garantizó que los resultados de la presente investigación no serán utilizados en perjuicio de su persona.

**Plan de análisis de datos.** Los datos obtenidos del presente estudio fueron procesados a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social

Sciences (SPSS) versión 11.5 para Windows. Para los objetivos 1 y 2 se obtuvo estadística descriptiva y se valoró la distribución normal de los datos de estudio a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para probar la hipótesis uno de investigación acerca de que los adolescentes masculinos inician más tempranamente las relaciones sexuales que las adolescentes femeninas, se utilizó una U de Mann-Whitney. Para conocer si existe una relación entre las normas subjetivas para VIH/SIDA y la conducta sexual en el adolescente, se utilizó la correlación biserial puntual; además, dado que se encontró significancia en la relación entre normas subjetivas para VIH/SIDA y conducta sexual, se realizaron pruebas de regresión logística. Previo al análisis, se construyó el índice para la variable normas subjetivas.

## Resultados

En este apartado se presentan los resultados del estudio con el propósito de conocer la asociación que existe entre las normas subjetivas para el VIH/SIDA y la conducta sexual del adolescente. En primer lugar, se presentan las características sociodemográficas de los participantes y la estadística descriptiva de las variables de estudio; posteriormente, la estadística inferencial para la verificación de objetivos e hipótesis.

**Características sociodemográficas de los participantes.** Las características sociodemográficas de los 651 adolescentes que conformaron la muestra de estudio se describen a continuación. La edad de ellos osciló entre los 18 y 19 años con una media de 18.61 (DE = .487). El 57.8 % (f = 376) correspondió al sexo femenino y el 42.2 % (f = 275) al sexo masculino. Respecto al grado escolar, el 30.7% (f = 200) cursan el primer semestre, el 40.2% (f = 262) segundo semestre y el 29.0% (f = 189) tercer semestre. Además, se observa que el 97.2 % (f = 633) de los adolescentes señaló estar soltero y el 88 % (f = 573) refirió no trabajar.

**Descripción de normas subjetivas para VIH/SIDA.** Se obtuvo estadística descriptiva y se valoró la distribución de los datos de estudio a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. En la Tabla 2 se presenta la estadística descriptiva del instrumento normas subjetivas para VIH/SIDA. La prueba de distribución de los datos muestra que los datos de la variable normas subjetivas no se distribuyeron normalmente (D = 1.822; p = .003). La variable de normas subjetivas para VIH/SIDA muestra una mediana de 61.11, lo que significa que, en general, los adolescentes tienden a percibir que tienen la aprobación de otros, como su padre, su madre, su pareja, sus amigos y su religión, para llevar a cabo la conducta sexual.

Es importante destacar que los datos muestran una amplia desviación estándar, lo que refleja una gran variabilidad en las respuestas; esto se hace evidente si vemos que el valor mínimo fue de 5.56, que significa que existieron adolescentes que perciben nada de aprobación respecto a su conducta sexual y con respecto al valor máximo de 100, significa que existieron adolescentes que perciben mayor aprobación de otros como su padre, su madre, su pareja, sus amigos y su religión con relación a su conducta sexual. En conclusión, con esto se responde al objetivo número uno, describir las normas subjetivas para VIH/SIDA en adolescentes.

Tabla 2  
*Estadísticas descriptivas y resultados de la prueba Kolmogorov-Smirnov del instrumento normas subjetivas*

Variables	X	De	Mdn	Valor mínimo	Valor máximo	D	p
Normas subjetivas para VIH/SIDA	60.28	15.09	61.11	5.56	100	1.82	.003
Fuente: instituto normas subjetivas para VIH/SIDA						n=651	

**Descripción de conducta sexual.** La conducta sexual fue valorada a través de una serie de preguntas respecto al inicio de la vida sexual, comportamientos sexuales de la primera vez, últimos tres meses y última vez. El inicio de la vida sexual de los adolescentes fue medido con la pregunta: ¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida? La Tabla 3 muestra los resultados, en donde se



observa que el 51.0 % de ellos ha tenido vida sexual, con mayor porcentaje en los adolescentes masculinos.

Tabla 3  
*Frecuencia de inicio de la vida sexual de los adolescentes*

Variable	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
¿Has tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida?	332	51.0	319	49.0
Femenino	162	43.1	214	56.9
Masculino	170	61.8	105	38.2
Fuente: cuestionario conducta sexual				n=651

De los 332 adolescentes que reportan que ya iniciaron su vida sexual, la edad de inicio osciló de 11 a 19 años de edad con una media de 16.74 (DE = 1.52) años. El 4.2 % ( $f = 14$ ) reporta que fueron forzados en contra de su voluntad para iniciar relaciones sexuales.

En la Tabla 4, se muestra el comportamiento de los adolescentes que iniciaron su vida sexual. Se les preguntó acerca de la primera vez y la última vez que tuvieron relaciones sexuales, para indagar acerca de si su elección para protegerse fue el condón u otro método anticonceptivo (DIU, diafragma, las píldoras, inyectables y/o espuma).

Tabla 4  
*Conducta de los adolescentes con relación a comportamientos sexuales*

Variable	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Primera vez de relación sexual				
Otro método anticonceptivo	169	50.9	163	49.1
Uso del condón	172	51.8	160	48.2
Ultima vez que tuvieron relaciones sexuales				
Otro método anticonceptivo	229	69.0	103	31.0
Uso del condón	203	61.1	129	38.9
Fuente: Cuestionario conducta sexual			n=332	

La Tabla 5 muestra que el 77.9% ( $f = 201$ ) de los adolescentes tuvieron sexo oral alguna vez en la vida, de los cuales 17 de ellos fueron forzados.

Tabla 5  
*Frecuencia de sexo oral en los adolescente*

Variable	Si	
	<i>f</i>	%
Sexo oral		
Alguna vez en la vida	201	77.9
Forzada en contra de su voluntad	169	50.9
Fuente: Cuestionario conducta sexual		n=332

La Tabla 6 muestra que al menos el 13.3 % ( $f = 80$ ) de los adolescentes tuvo relación sexual anal alguna vez en la vida y 6 de ellos fueron forzados a tener la relación anal.

Tabla 6  
*Sexo anal con respecto a alguna vez en la vida y relación forzada*

Variable	Si	
	<i>f</i>	%
Sexo anal		
Alguna vez en la vida	80	13.3
Forzada en contra de su voluntad	6	4.5
Fuente: Cuestionario conducta sexual	n=332	

En la Tabla 7, se observa que de los 332 adolescentes que iniciaron vida sexual, 273 tuvieron relaciones sexuales en los últimos 3 meses. Los resultados muestran que el mayor porcentaje (28.6 %) siempre usó condón y el menor (10.8 %) no usó.

Tabla 7  
*Frecuencia del uso del condón en los últimos 3 meses de relación sexual*

Variable	Si	
	<i>f</i>	%
Últimos 3 meses con cuanta frecuencia usaron condón		
Nunca	36	10.8
Algunas veces	78	23.5
A menudo	16	4.8
Casi siempre	48	14.5
Siempre	95	28.6
Fuente: Cuestionario conducta sexual	n=332	

Los datos reportados en la Tabla 8 muestran que 293 (45%) adolescentes tienen una pareja estable, de los cuales 64.16% ya iniciaron su vida sexual; aunque solo 38.9% hicieron uso del condón. Cabe mencionar que 23.5% de estos

adolescentes reportaron que tuvieron relaciones sexuales con otra persona que no era su pareja estable y sólo 20.13% de ellos usaron condón.

Tabla 8  
*Frecuencia del uso del condón en los últimos 3 meses de relación sexual*

Variable	Si		No	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Pareja estable	293	45.00	357	54.8
Inicio de relaciones sexuales	188	64.16	105	35.83
Uso de condón	114	38.90	179	61.09
Pareja no estable				
Inicio de relaciones sexuales	69	23.54	224	76.45
Uso de condón	59	20.13	234	79.86
Fuente: Cuestionario de conducta sexual				n=651

De acuerdo a los datos presentados anteriormente acerca de la conducta sexual, se puede resumir que más de la mitad de las adolescentes ya ha iniciado su vida sexual entre los 16 y 17 años, especialmente los del sexo masculino, de los cuales algunos cuantos han sido forzados en contra de su voluntad. Menos de la mitad no ha elegido como método de protección el condón durante su primera y última relación sexual. Además, menos de un tercio de la muestra utilizó el condón constantemente en los últimos tres meses. Después del sexo vaginal, el sexo oral es mayormente practicado. Asimismo, más de la mitad de los que tienen una pareja estable ya iniciaron vida sexual y de estos más de una quinta parte tiene relaciones sexuales con otras personas, de los cuales solo un porcentaje bajo utiliza el condón. Con estos resultados se cumple con el objetivo dos, que consistía en describir la conducta sexual del adolescente.

**Prueba de hipótesis.** Para probar la hipótesis uno, que refiere que los adolescentes masculinos inician más tempranamente las relaciones sexuales que las adolescentes femeninas, se realizó una prueba U de Mann-Whitney. La Tabla 9 muestra que sí existe una diferencia significativa entre el inicio de relaciones sexuales de acuerdo al género (U= 10141.00, p <.001). Por lo que no se rechaza la hipótesis uno y se concluye que los adolescentes masculinos inician relaciones sexuales a más temprana edad.

Tabla 9

*Edad de inicio de relaciones sexuales por género y prueba de U de Mann Whitney*

Variable	X	De	Mdn	Rangos	Valor mínimo	Valor máximo	U	P
Edad								
Femenino	17.09	1.35	17.0	30602.00	12	19	10141	.001
Masculino	16.41	1.61	17.00	24676.00	11	17		

Fuente: Normas subjetivas para VIH/SIDA y conducta sexual n=651

Para probar la hipótesis dos y para conocer si existe una relación entre las normas subjetivas para VIH/SIDA y la conducta sexual en el adolescente, se utilizó la correlación biserial puntual. Ver Tabla 10.

Tabla 10

*Correlación biserial puntual para normas subjetivas para VIH/SIDA y conducta sexual*

Variable	Normas subjetivas		
	<i>rbp</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
1. ¿Has tenido relaciones sexuales algunas en la vida?	.238	.001	651
5. ¿La primera vez que tuviste relaciones sexuales, usaste condón?	.180	.001	332
22. ¿alguna vez en la vida has tenido sexo anal?	.129	.001	651
24. ¿en los últimos 3 meses, tuviste sexo anal?	.181	.030	144
25. ¿La última vez que tuviste sexo anal, usaste condón?	.221	.018	114

Fuente: Conducta sexual y normas subjetivas para prevención de VIH/SIDA

**Regresión logística.** Debido a que se encontró significancia en la correlación biserial puntual entre normas subjetivas para VIH/SIDA y las conductas sexuales: relaciones sexuales alguna vez en la vida, uso de condón la primera vez de relaciones sexuales, sexo anal alguna vez en la vida, sexo anal en los últimos 3 meses y uso de condón en la relación sexual anal, se realizaron pruebas de regresión logística. Previo al análisis, se construyó el índice para la variable normas subjetivas.

El modelo para la regresión logística muestra que las normas subjetivas influyen en el inicio de vida sexual ( $X^2 = 38.34$ ,  $RV = -863.86$ ,  $p < .001$ ). En la Tabla 11 y la Figura 2 se puede apreciar que, por cada aumento en la desviación estándar de las normas subjetivas para VIH/SIDA, aumenta .03 la probabilidad pronosticada de los adolescentes de iniciar vida sexual.

Tabla 11  
 Regresión logística de normas subjetivas para VIH/SIDA sobre inicio de vida sexual

Variable	$\beta$	EE	$X^2$	gl	Sig.	Exp ( $\beta$ )	I.C 95.0%
Normas subjetivas para VIH/SIDA	.034	.016	34.41	1	.001	1.035	1.023 1.046
Constante	-2.02	.361	31.20	1	.001	.133	

Fuente: Normas subjetivas para VIH/SIDA y conducta sexual n = 651

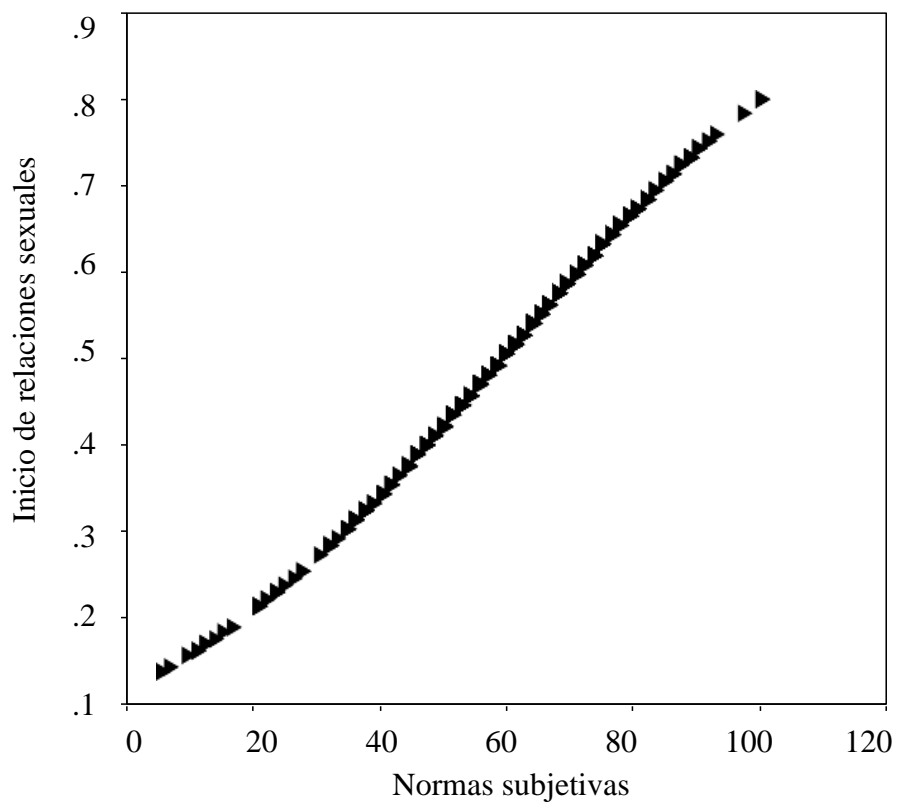


Figura 2. Probabilidad pronosticada para el inicio de la vida sexual y normas subjetivas para VIH/SIDA.

En la Tabla 12 y en la Figura 3 se observa que el modelo para la regresión logística muestra que las normas subjetivas para VIH/SIDA influyen en el uso de condón en los adolescentes que tuvieron relaciones sexuales la primera vez ( $X^2 = 10.96$ ,  $RV = 448.85$ ,  $p < .001$ ) y se puede apreciar que por cada aumento en la

desviación estándar de las normas subjetivas para VIH/SIDA, aumenta .02 la probabilidad pronosticada del uso del condón en los adolescentes la primera vez que tuvieron relaciones sexuales.

Tabla 12  
 Regresión logística de normas subjetivas para VIH/SIDA sobre uso del condón en los adolescentes la primera vez que tuvieron relaciones sexuales

Variable	$\beta$	EE	$X^2$	gl	Sig.	Exp ( $\beta$ )	I.C 95.0%
Normas subjetivas para VIH/SIDA	.026	.008	10.441	1	.001	1.026	1.010 1.042
Constante	-1.579	.523	9.115	1	.003	.206	

Fuente: Normas subjetivas para VIH/SIDA y conducta sexual n = 651



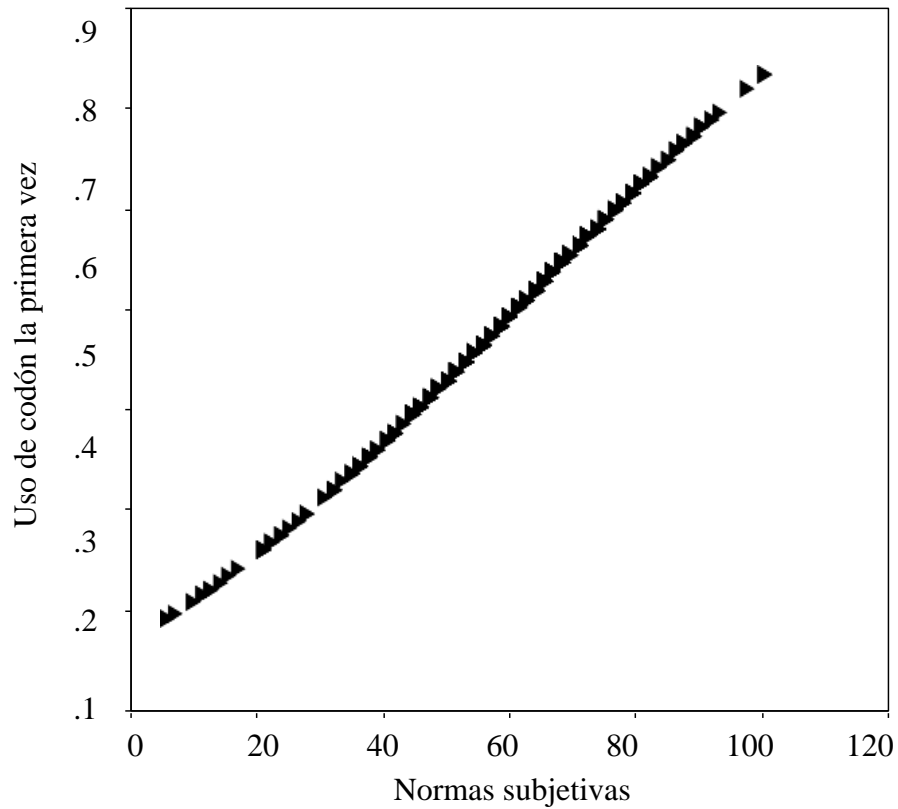


Figura 3. Probabilidad pronosticada para uso de condón la primera vez de relación sexual y normas subjetivas para VIH/SIDA.

El modelo para la regresión logística muestra que las normas subjetivas influyen en los adolescentes que han tenido sexo anal alguna vez en la vida ( $X=11.62$ ,  $RV = 473.55$ ,  $p < .001$ ). La Tabla 13 y la Figura 4 muestran que, por cada unidad de aumento en la desviación estándar de las normas subjetivas, los adolescentes tienen .02 mayor probabilidad pronosticada de tener sexo anal alguna vez en la vida. 2

Tabla 13

Regresión logística de normas subjetivas para VIH/SIDA sobre sexo anal en los últimos

Variable	$\beta$	EE	X2	gl	Sig.	Exp ( $\beta$ )	I.C 95.0%
Normas subjetivas para VIH/SIDA	.029	.014	4.574	1	.032	1.030	1.002 1.058
Constante	-2.824	.941	9.004	1	.003	.59	

Fuente: Normas subjetivas para VIH/SIDA y conducta sexual

n = 651

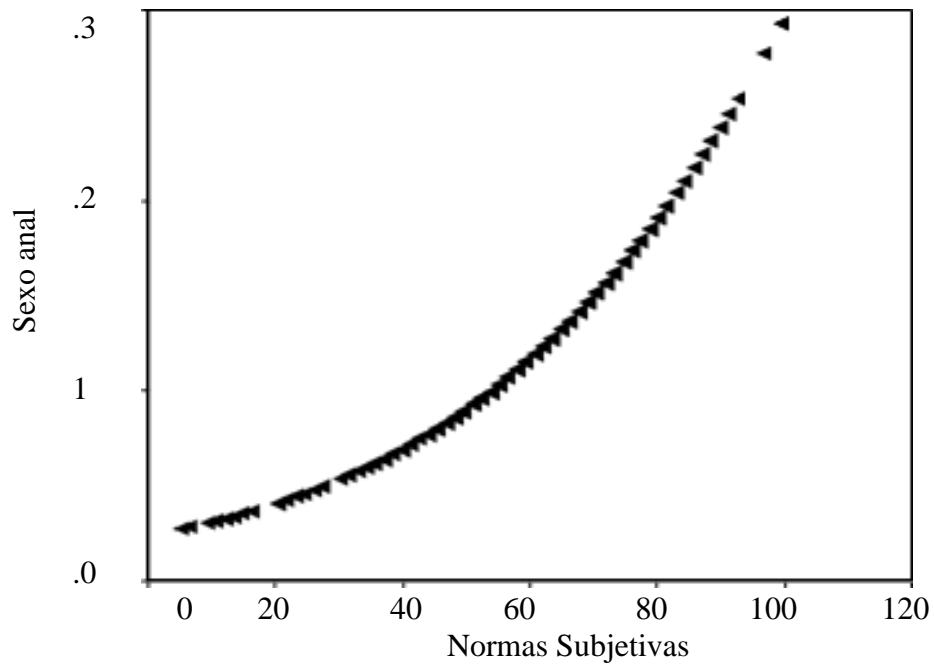


Figura 4. Probabilidad pronosticada para sexo anal alguna vez en la vida y normas subjetivas para VIH/SIDA.

La Tabla 14 y la Figura 5 muestran que el modelo de la regresión logística muestra que las normas subjetivas influyen en el sexo anal en los últimos 3 meses

( $X^2 = 4.94$ ,  $RV = 168.902$ ,  $p < .026$ ). Se aprecia que por cada aumento en la desviación estándar de las normas subjetivas para VIH/SIDA, aumenta .02 la probabilidad pronosticada de los adolescentes en los últimos tres meses de sexo anal.

Tabla 14

*Regresión logística de normas subjetivas para VIH/SIDA sobre sexo anal en los últimos*

Variable	$\beta$	EE	$X^2$	gl	Sig.	Exp( $\beta$ )	I.C. 95.0%	
							LI	LS
Normas subjetivas para VIH/SIDA	.029	.014	4.574	1	.032	1.030	1.002	1.058
Constante	-2.824	.941	9.004	1	.003	.059		

Fuente: Normas subjetivas para VIH/SIDA y conducta sexual n = 651

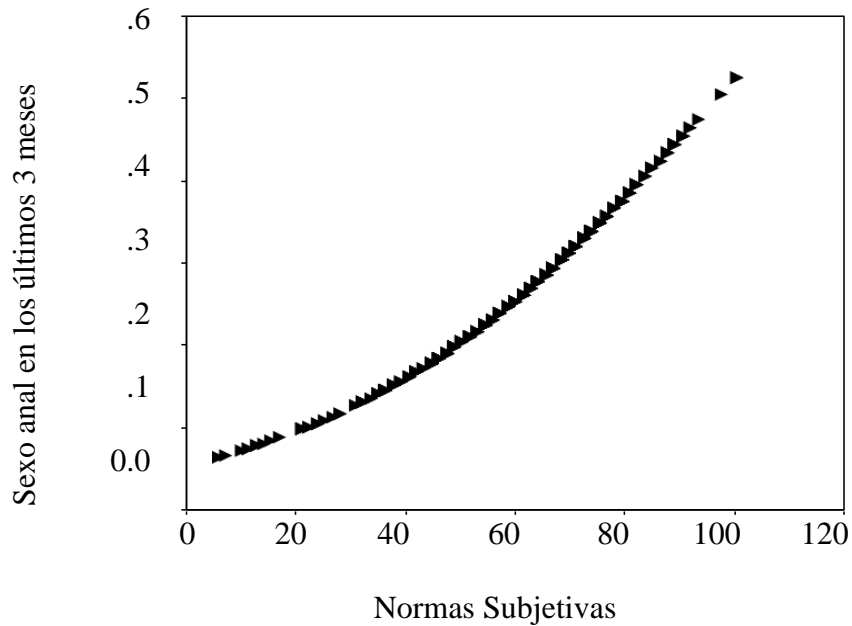


Figura 5. Probabilidad pronosticada para sexo anal los últimos 3 meses y normas subjetivas para VIH/SIDA.

El modelo para la regresión logística muestra que las normas subjetivas influyen en el uso de condón la última vez de sexo anal ( $X^2 = 5.75$ ,  $RV = 151.96$ ,  $p < .016$ ), donde por cada unidad de aumento en la desviación estándar de las normas subjetivas los adolescentes tienen .03 mayor probabilidad de tener sexo anal los últimos 3 meses. Ver Tabla 15 y Figura 6.

Tabla 15  
 Regresión logística de normas subjetivas para VIH/SIDA sobre uso de condón en la última vez de sexo anal

Variable	$\beta$	EE	$X^2$	gl	Sig.	I.C 95.0%	
						Exp( $\beta$ )	95.0%
						LI	LS
Normas subjetivas para VIH/SIDA	.030	.013	5.310	.021	1.031	1.005	1.058
Constante	-2.032	.862	5.555	1	.018	.131	

n = 651

Fuente: Normas subjetivas para VIH/SIDA y conducta sexual

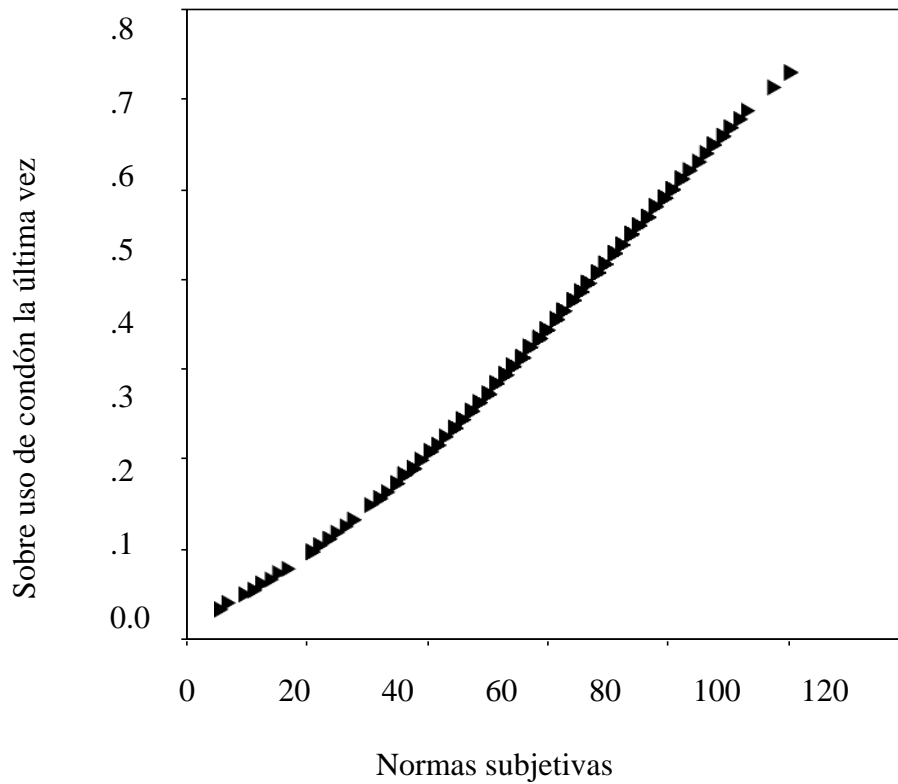


Figura 6. Probabilidad pronosticada para uso del condón en sexo anal la última vez y normas subjetivas para VIH/SIDA.

## Discusión

En este apartado se discuten los resultados de los objetivos e hipótesis de investigación planteadas en el estudio; esto se compara con la literatura previamente revisada. El estudio se realizó en la ciudad de Guanajuato, Gto. Los datos corresponden a 651 adolescentes con una edad de 18 y 19 años; el mayor porcentaje lo representa el sexo femenino.

Al describir las normas subjetivas de los adolescentes, se observa que la aprobación de otros está por arriba del punto intermedio con respecto a la conducta sexual, lo que significa que, en promedio, los adolescentes tienden a percibir que tienen la aprobación de otros, como su padre, su madre, su pareja, sus amigos y su religión, para llevar a cabo la conducta sexual. Este hallazgo es similar a lo reportado por Whitaker y Miller (2000), quienes reportaron una media por encima del punto intermedio para las normas subjetivas de aprobación del compañero para la conducta sexual. En cambio, Fores (2002) encontró valores bajos para las normas subjetivas ante la sociedad, el cual solo se puede comparar parcialmente, ya que no se indagó acerca de la sociedad en el presente estudio.

Se encontró que más de la mitad de los adolescentes iniciaron su vida sexual entre los 16 y 17 años, especialmente los del sexo masculino; lo cual es similar a lo reportado por Caballero-Hoyos y Villaseñor-Sierra (2001) y el Instituto Mexicano de la Juventud (2002), quienes reportan que más de la mitad de los adolescentes inician su vida sexual entre los 15 y 19 años. Menos de la mitad de los adolescentes eligió como método de protección el condón durante su primera y última relación sexual y en los últimos tres meses, lo cual concuerda con lo reportado por Gayet, Pedrosa, Juárez y Magis (2003), quienes mencionan que el

condón a esta edad no es considerado como primera instancia, ya que están más mortificados por protegerse de los embarazos no planeados que del VIH/SIDA.

Asimismo, más de la mitad de los que tienen una pareja estable ya iniciaron vida sexual y de estos más de una quinta parte tiene relaciones sexuales con otras personas, de los cuales sólo un porcentaje bajo utiliza el condón. Estas conductas de riesgo se pueden explicar debido a que a esta edad los adolescentes no se perciben como vulnerables y tienen sexo sin protección con múltiples parejas, por lo que están en un mayor riesgo de contraer el VIH/SIDA (Villaseñor-Sierra et al., 2003). Asimismo, se encontró que las normas subjetivas se relacionan positivamente con la conducta sexual y además tienen un efecto sobre ésta. Las conductas sexuales que se estudiaron fueron: 1) inicio de vida sexual, 2) uso del condón en la primera relación sexual, 3) sexo anal, alguna vez en la vida, 4) el uso del condón en los últimos tres meses y 5) el uso del condón durante la última vez de sexo anal. Este resultado es similar a lo reportado por Villarruel, J. Jemmott, L. Jemmott y Ronis (2004), quienes al analizar por separado las normas subjetivas encontraron una relación significativa entre la conducta sexual y el uso del condón y la aprobación de la madre, padre, de los amigos y de la pareja. También J. Jemmott, L. Jemmott y Villarruel (2002), al igual que en este estudio, encontraron que la norma subjetiva de aprobación de compañero sexual tuvo un efecto sobre la conducta sexual y el uso del condón. Asimismo, este hallazgo es consistente con el supuesto de la Teoría de Acción Razonada y Conducta Planeada que dice que las normas subjetivas se relacionan con las intenciones y estas a su vez con la conducta sexual. Por lo que este hallazgo presume que existe una relación directa entre las normas subjetivas y la conducta sexual.



Además, se encontró una diferencia significativa entre el inicio de relaciones sexuales de acuerdo al género, donde los adolescentes masculinos inician relaciones sexuales a más temprana edad. Este hallazgo es similar a lo reportado por Stewart et al. (2001), quienes reportaron que la media de edad de relaciones sexuales es menor en hombres que en mujeres.

## **Conclusiones**

En general, los adolescentes tienden a percibir que tienen la aprobación de otros, como su padre, su madre, su pareja, sus amigos y su religión, para llevar a cabo la conducta sexual.

La mayoría de los adolescentes iniciaron su vida sexual entre los 16 y 17 años, especialmente los del sexo masculino.

Menos de la mitad de los adolescentes eligió como método de protección el condón durante su primera y última relación sexual y en los últimos tres meses.

Más de la mitad de los que tienen una pareja estable ya iniciaron vida sexual y de estos más de una quinta parte tiene relaciones sexuales con otras personas, de los cuales solo un porcentaje bajo utiliza el condón.

Los adolescentes masculinos inician relaciones sexuales a más temprana edad que las adolescentes femeninas.

Las normas subjetivas se relacionan positivamente con la conducta sexual y además tienen un efecto sobre ésta.

La Teoría de Acción Razonada y Conducta Planeada fue apropiada para guiar el estudio.

## **Recomendaciones**

Para estudios futuros, investigar esta población en distintos niveles socioeconómicos, así como en escuelas de dependencia pública y privada, que permiten hacer una correlación de qué conductas se presentan más en cada uno de ellos.

Investigar más con respecto a comportamientos sexuales relacionados con el uso de drogas y alcohol, debido a que el cuestionario de conducta sexual y relaciones cuenta con preguntas relacionadas al uso de alcohol y drogas antes de la relación sexual, lo cual para este estudio no se analizó y sería importante que a futuro se abordaran como otra conducta más de los adolescentes que iniciaron vida sexual.

Se recomienda que las normas subjetivas se puedan llevar a cabo por separado con lo que piensa su padre, su madre, sus amigos, su pareja y su religión con respecto a las conductas sexuales de los adolescentes.

Para intervenciones futuras, se sugiere aplicar el instrumento de las normas subjetivas y el cuestionario de conducta sexual en adolescentes de nivel secundaria, con el objetivo de implementar programas de prevención de VIH/SIDA y evitar riesgos de embarazos no deseados, contagios de ETS e inicio de relaciones sexuales a una edad temprana, para que el adolescente pueda evitar los riesgos y enfrentarse al inicio de relaciones sexuales con más responsabilidad, sin dejar a un lado la participación de los padres de familia.

Para el uso de la teoría, el presente estudio recomienda que se profundice más respecto a la Teoría de Acción Razonada y Conducta Planeada para conocer si existe relación de la conducta sexual con las actitudes e intenciones.

## Referencias

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1970). The prediction of behavior from attitudinal and normative variables. *Journal of Experimental Social Psychology*, 6, 466-487.

Albarracín, D., Johnson, B., Fishbein, M., & Muellerleile, P. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: UN metaanálisis. *Psychological Bulletin*, 127, 142-161.

Benavides, R., Bonazzo, C., & Torres, R. (2006). Parent-child communication: A model for Hispanics on HIV prevention. *Journal of Community Health in Nursing*, 23, 81-94.

Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA. (2006). El programa de acción para la prevención y control del VIH/SIDA e ITS 2001-2006. *Higiene*, 3(2), 7-9.

De Salud, S. (2024). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH. *gob.mx*. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/sistema-de-vigilancia>

Elashoff, D. J., Dixon, J. W., & Crede, M. K. (2000). Paquete estadístico nQuery Advisor® (versión 4.0) [Software estadístico para PC]. Los Ángeles, CA: Statistical Solutions.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

Fores, E. (2002). Latina adolescents: Prediciendo intenciones de tener sexo. *Adolescence*, 37, 659-679.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2005). Anuario estadístico por entidad federativa. Guanajuato, México: Autor.

Jemmott, L. S., Jemmott, J. B., & Villarruel, A. M. (2002). Predicting intentions and condom use among Latino college students. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 13(2), 59-69.

Joint United Nations Program on HIV/AIDS y World Health Organization. (2005). HIV infection rates decreasing in several countries but the global number of people living with HIV continue to rise. *Journal of Adolescent Research*, 19, 677-697.

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2022). Global AIDS Monitoring 2023: indicators and questions for monitoring progress on the 2021 Political Declaration on Ending AIDS.

[https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-aids-monitoring\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_en.pdf)

La Prevención Y Control del VIH y el SIDA, C. N. P. (n.d.). Epidemiología: Registro Nacional de Casos de VIH y sida. gob.mx.

<https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional>

La Prevención Y Control del VIH y el SIDA, C. N. P. (n.d.). Epidemiología: Registro Nacional de Casos de VIH y sida. gob.mx.

<https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional>

Mathur, S., Pilgrim, N., Patel, S. K., Okal, J., Mwapasa, V., Chipeta, E., Musheke, M., Mahapatra, B., & Pulerwitz, J. (2020). HIV vulnerability among adolescent girls and young women: a multi-country latent class analysis approach. *International Journal of Public Health*, 65(4), 399–411.  
<https://doi.org/10.1007/s00038-020-01350-1>

Milic, M., Gazibara, T., Dotlic, J., Katanic, N., Filimonovic, J., Mitic, K., Bakic, M., Galic, I., Aksam, S., Belovic, D. K., Mokaya, M. N., & Stevanovic, J. (2023). Risk perception about HIV among university students in one of the last hotspots for HIV transmission in Europe. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 13(4), 794–806. <https://doi.org/10.1007/s44197-023-00151-y>

Ratnawati, D., Setiawan, A., Sahar, J., Widyatuti, N., Nursasi, A. Y., & Siregar, T. (2024). Improving adolescents' HIV/AIDS prevention behavior: A phenomenological study of the experience of planning generation program (GenRe) ambassadors as peer educators. *Belitung Nursing Journal*, 10(1), 56–66.  
<https://doi.org/10.33546/bnj.2883>

Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. México, D.F. Recuperado el 6 de agosto de 2007 de <http://www.salud.gob.mx>.

Stewart, H., McCauley, A., Baker, S., Givaudan, M., James, S., Leenen, I., et al. (2001). Reducing HIV infection among youth: What can schools do? Key baseline findings from Mexico, Thailand, and South Africa. Recuperado el 14 de marzo de 2008 de <http://www.populationcouncil.com/pdfs/horizons/schoolsbsln.pdf>.

UNAIDS - Global Report 2023. (2023, July 12). 2023 Report - UNAIDS - Global Report 2023. <https://thepath.unaids.org/>

UNAIDS. (n.d.). 2024 global AIDS report — The Urgency of Now: AIDS at a Crossroads. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/global-aids-update->

Vakilian, K., & Keramat, A. (2020). The Correlation between Perceived Peer Norms in Attitude and Self-Efficacy Premarital Sexual Behavior. *The Open Public Health Journal*, 13(1), 555–558.

<https://doi.org/10.2174/1874944502013010555>

Vakilian, K., & Keramat, A. (2020). The Correlation between Perceived Peer Norms in Attitude and Self-Efficacy Premarital Sexual Behavior. *The Open Public Health Journal*, 13(1), 555–558.

<https://doi.org/10.2174/1874944502013010555>

Villarruel, A. M., Jemmott, J. B., & Jemmott, L. S. (1999). Reducing HIV risk among Latino youth. Unpublished data

Villarruel, A., Jemmott, J. B., Jemmott, L. S., & Ronis, D. L. (2004). Predictors of sexual intercourse and condom use intentions among Spanish-dominant Latino youth. *Nursing Research*, 53(3), 172-181.

Whitaker, D. J., & Miller, K. S. (2000). Parent-adolescent discussions about sex and condoms: Impact on peer influences of sexual risk behavior. *Journal of Adolescent Research*, 15, 251-273.





## ***CAPÍTULO 3***

### **FACTORES PSICOSOCIALES EN LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA: CREENCIAS E INTENCIONES SEXUALES DE ADOLESCENTES EN COMUNIDADES MARGINADAS**

*Raquel Alicia Benavides Torres*

*Morayma González Sanmiguel*

*Dora Julia Onofre Rodríguez*

*Jesús Ramón Aranda Ibarra*

#### **Introducción**

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una de las pandemias más extendidas con notorio incremento en el número de casos. Se estima que a nivel mundial existen 39.9 millones de personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y diariamente surgen más de 3,500 nuevos casos (UNAIDS, 2024.). En América Latina, el UNAIDS (2024) señala en su informe anual que el VIH/ SIDA continúa creciendo en grupos vulnerables

como el de adolescentes con aproximadamente 90 mil nuevos casos diagnosticados con VIH/SIDA.

México ocupa el séptimo lugar por el número de personas infectadas por este virus con un total de 369,626 de los cuales 66,651 (18.13%) corresponden al sexo femenino y 302,626 (81.87%) al masculino (La Prevención Y Control Del VIH Y El Sida, 2024.) En el 2023, Nuevo León se situó en el octavo lugar nacional en casos de SIDA con 14,722 casos, de los cuales la mayoría fueron hombres (85.8%). De acuerdo a estas cifras se estima que cada 42 horas se diagnostica una persona con VIH/SIDA (La Prevención Y Control Del VIH Y El Sida, 2024.)

Los grupos más afectados por el VIH son los adolescentes y los adultos jóvenes; el 45% de los casos de SIDA se ubica en personas de entre 25 y 29 años. Esta cifra es alarmante por ser este grupo de los más numerosos en la pirámide poblacional y por las repercusiones sociales y económicas de este hecho (World Health Organization: WHO & World Health Organization: WHO, 2024) Debido que en la adolescencia se presentan cambios físicos, 2 emocionales, sexuales y cognitivos necesarios para formar su identidad, los adolescentes son más vulnerables a adquirir esta enfermedad que cualquier otro grupo poblacional. Ellos en esta etapa, son altamente proclives a buscar nuevas experiencias y es común que se involucren en conductas de riesgo, incluyendo las de tipo sexual.

La edad promedio de inicio de relaciones sexuales entre los adolescentes es de 17 años (De La Juventud, 2023.), edad que a través de los años ha ido en descenso. De La Juventud (2024.), refieren que el 55.6% de las relaciones sexuales vaginales son con uso de condón, por lo que casi la mitad de los casos de VIH/SIDA son por contacto Dado que tienes la fecha específica, la cita debe

incluirla. (Alarming decline in adolescent condom use, increased risk of sexually transmitted infections and unintended pregnancies, 29 de agosto de 2024). Alrededor del 60% de los hombres tiene relaciones sexuales con otras parejas, es decir, aparte de su pareja estable y de esta cifra sólo el 38.6% se protege; es decir, un tercio no usa el preservativo a pesar de que todos declaran conocerlo. El riesgo de contraer alguna infección de transmisión sexual (ITS) aumenta en los grupos en pobreza extrema, ya que se ha reportado un mayor número de relaciones sexuales sin protección en comunidades de nivel socioeconómico bajo y marginado (Ajayi et al., 2019).

Un factor predominante en la conducta sexual de riesgo lo constituyen las creencias del individuo. Amaya et al. (2021) encontró que los adolescentes mencionan con frecuencia que el uso de condón durante el coito reduce en forma importante el placer sexual; en esta muestra el uso del condón en la primera relación sexual varió desde 20% hasta 70%. En la actualidad los adolescentes tienen un mayor número de parejas sexuales y un número importante de ellos tiene su primera relación sexual con un compañero casual, lo que supone un gran riesgo. Por su parte Davids et al. (2021) reportó que 55% de los adolescentes sexualmente activos utilizan el preservativo y que las opiniones y creencias conductuales vinculadas al uso del condón representan una de las más importantes razones para utilizarlo. Aunado a esto, encontraron que las creencias sobre la reacción positiva o negativa de su compañero sexual repercute en la decisión de iniciar o no su vida sexual activa en un 50.7%. De acuerdo a esto se puede decir que las creencias sexuales influyen en el inicio de las relaciones sexuales y en el uso del condón.

Otros autores concuerdan con esta idea. Millanzi et al. (2023), refiere que el inicio de las relaciones sexuales es afectado por las creencias conductuales relacionadas con querer experimentar cosas nuevas, el pensar que es normal para la época que están viviendo, el sentimiento de invulnerabilidad que creen tener y sobre todo la dificultad para conversar de sexo con la pareja. Así mismo, resultados de diversos estudios señalan que si los adolescentes creen que el condón es el mejor método para prevenir el VIH/SIDA es muy probable que lo utilicen. (YRBS Data Summary & Trends Report, 2024).

Por otra parte, se ha identificado que la intención es el predictor más próximo a la conducta. Para Fishbein y Ajzen (1975), la intención es una variable de tipo cognitivo- perceptual que ayuda a comprender el acto por sí mismo, debido a que ésta origina el proceso de toma de decisión sobre una conducta específica. Estos autores en su modelo explican cómo las creencias predicen las intenciones y éstas a su vez la conducta. Martínez (2004), utilizó esta teoría en un estudio donde encontró una fuerte relación entre las creencias sexuales y las intenciones de abstinencia y uso del condón. Por lo tanto, la intención sexual antecede la conducta sexual y se puede deducir que la acción de tener relaciones sexuales no es un acto reflejo, sino que ocurre teniendo en cuenta este factor motivacional previo.

Enfermería es una profesión que ve a la persona desde una perspectiva integral y que considera la parte psico-cognitiva del individuo; por lo que conocer en qué medida influyen las creencias sobre sexo y uso del condón en las intenciones sexuales, ayudará a realizar programas de prevención para el VIH/SIDA y promoción de la salud sexual en el adolescente. Aunado a esto, los adolescentes de poblaciones marginadas llevan a cabo más conductas sexuales de

riesgo para contraer el VIH/SIDA, y trabajar a nivel preventivo con ellos cuando tienen la intención de realizar esta conducta ayudará a crear programas específicos para este tipo de población que se encuentra en especial desventaja debido al entorno en el que viven. De acuerdo a lo anterior se diseñó el presente estudio que tuvo como propósito establecer la asociación que existe entre las creencias sobre sexo y uso del condón y las intenciones sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años que viven en una comunidad marginada.

### **Marco Conceptual**

La teoría de la conducta planeada guio el presente estudio (Fishbein & Ajzen, 1975). Esta teoría trata la relación entre creencias e intenciones, mismas que a su vez repercuten en la toma de decisiones a nivel conductual. Los conceptos que se consideraron fueron creencias conductuales e intención y el supuesto retomado fue que la intención es determinada por la creencia de la persona acerca del posible resultado de la conducta. Fishbein y Ajzen (1975), mencionaron que la creencia conductual vincula el comportamiento de interés a los resultados esperados.

Para los autores una creencia conductual es la representación cognitiva de la persona acerca del resultado probable de un comportamiento específico. Ellos asumen que estas creencias en combinación con los valores subjetivos de los resultados esperados determinan la intención predominante hacia el comportamiento. La intención es el factor motivacional que predice con qué intensidad se está dispuesto(a) a ejecutar la conducta y se basa en las creencias conductuales, normativas y de control.

Se podría decir que esta teoría trata de relacionar las creencias conductuales directamente con la intención, en otras palabras, la creencia conductual precede a la intención de realizar una conducta específica. Para este estudio, se consideró que las creencias de los adolescentes sobre sexo y usar condón son determinantes de la intención sexual. Jemmott J. B., Jemmott L.S. y Villarruel (2002), clasificaron las creencias sobre sexo en prevención, metas, popularidad y orgullo; y las creencias sobre uso del condón en placer, prevención y reacción del compañero, en la figura 1 se observa la estructura conceptual-teórica-empírica

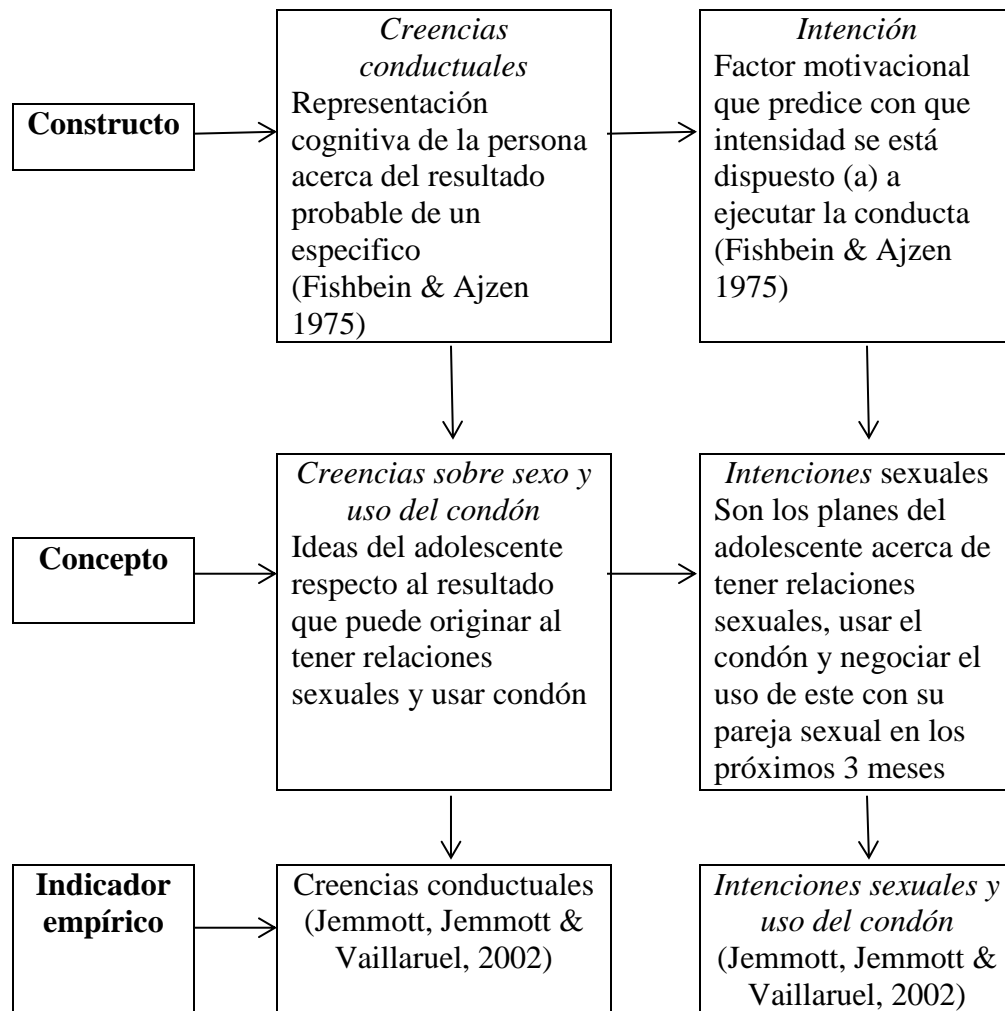


Figura 1. Estructura conceptual empírica

Givaudan en al. (2005), estudiaron los precursores de las prácticas de sexo seguro en 2,064 adolescentes con y sin experiencia sexual. Ellos encontraron que tanto en los adolescentes con y sin experiencia sexual, las creencias sexuales presentaron un efecto significativo en la intención del uso del condón ( $\beta = .50$ ,  $p < .01$ ;  $\beta = .23$ ,  $p < .01$ ; respectivamente).

Jemmott et al. (2007), estudiaron los predictores de las intenciones para el uso del condón en 390 adolescentes entre 10 y 16 años de edad. Los autores

reportaron que la intención de utilizar el condón se asoció con las creencias de placer ( $r = .41, p < .001; \beta = .16, p < .01$ ) y con las creencias de prevención de VIH/SIDA ( $r = .29, p < .001; \beta = .06; p < .01$ ); sin embargo, este último hallazgo, aunque se correlaciona, el coeficiente de regresión es muy pequeño para ser considerado

Villarruel, Jemmott, Jemmott y Ronis (2004), estudiaron los predictores de las relaciones sexuales y del uso de condón en las intenciones de 141 adolescentes latinos. Reportaron que las intenciones de tener relaciones sexuales se correlacionaron con las creencias conductuales, específicamente para las siguientes preguntas: sentiría orgullo si no tengo relaciones sexuales ( $r = -.41, p < .05$ ); popularidad ( $r = .20, p < .05$ ).

Robles en él. (2006), estudiaron los predictores de conductas relacionadas con el uso inconsistente de condón en 1,168 estudiantes universitarios. Reportaron que las mujeres que percibían que el condón disminuía el placer sexual tenían mayor probabilidad de usar de manera inconsistente el condón ( $\beta = .11, p < .05$ ). En síntesis, se puede decir que estos hallazgos sugieren que la creencia sobre sexo de orgullo se relacionó negativamente con las intenciones de tener sexo; mientras que la popularidad presentó una relación positiva. Es importante mencionar que no se encontraron estudios que relacionaran las intenciones sexuales con las creencias sobre sexo de prevención y consecución de metas. Por otra parte, las creencias sexuales de adolescentes con y sin experiencia sexual se relacionaron y presentaron un efecto positivo hacia la intención del uso del condón. Por último, las creencias sobre el uso del condón de reacción del compañero, placer y prevención se relacionan con la intención del uso del condón; asimismo el placer y



la prevención también presentaron un efecto. Cabe destacar que estos estudios no fueron realizados en población urbano-marginada por lo que no se conoce como se comportan estas dos variables en esta población específica.

**Definición de Términos** .Creencias sobre sexo y uso del condón: Ideas del adolescente respecto al posible resultado que puede originar el tener relaciones sexuales y usar un condón. Intenciones sexuales: Son los planes del adolescente acerca de tener relaciones sexuales, usar el condón y negociar el uso de éste con su pareja sexual en los próximos tres meses.

### **Objetivos**

1. Describir las creencias sobre sexo y uso del condón y las intenciones sexuales de adolescentes entre 14 y 19 años que viven en una comunidad marginada.

2. Describir si existe relación entre las creencias sobre sexo y uso del condón y las intenciones sexuales.

### **Hipótesis**

H1. Las creencias sobre sexo (prevención, metas, popularidad y orgullo) influyen positivamente en las intenciones sexuales.

H2. Las creencias sobre el uso del condón (prevención, placer y reacción de compañero) tienen un efecto positivo en las intenciones sexuales.

## **Metodología**

En el presente apartado se describe el diseño de estudio, la población, muestra y muestreo; así mismo los instrumentos para la recolección de datos, el procedimiento, las consideraciones éticas y estrategias de análisis de resultados.

**Diseño del Estudio.** El presente estudio fue de tipo descriptivo y correlacional (Burns & Grove, 2004). Descriptivo porque se exploraron las frecuencias, medias y porcentajes de las características de los participantes y de las variables del estudio. Correlacional, porque se exploró si existe relación y efecto entre las creencias sobre sexo y uso del condón y las intenciones sexuales. Además, fue de tipo transversal por que se levantaron datos en un momento específico, lo cual es adecuado para probar las hipótesis planteadas. Para este estudio las variables independientes fueron las creencias sexuales sobre sexo (hipótesis 1) y las creencias sobre el uso del condón (hipótesis 2), la dependiente en ambos casos fue la intención sexual.

**Población, Muestreo y Muestra.** La población estuvo conformada por adolescentes entre 14 y 19 años de dos bachilleratos técnicos ubicados en comunidades urbano-marginadas del área metropolitana de la ciudad de Monterrey, Nuevo León. El muestreo fue de tipo aleatorio simple. El tamaño de la muestra fue de 142 adolescentes, estimado para una prueba de correlación con un coeficiente de .27, un nivel de confianza del 95% y una potencia del 95%; mismo que fue calculado mediante el programa para Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados, versión 3.1 (EPIDAT).

**Criterios de Inclusión.** Adolescentes de entre 14 y 19 años cumplidos, inscritos en alguno de los Centros de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios (CBTis) participantes y que vivieran en una colonia marginada del área metropolitana de Monterrey.

**Instrumentos de Medición.** Para describir los datos sociodemográficos de los participantes se utilizó una cédula de identificación que incluye el código asignado para cada uno de los participantes, la edad, el género y la escolaridad. Las creencias sobre sexo y uso del condón e intenciones sexuales se midieron con dos instrumentos desarrollados por Jemmott et al. (2002). Esta versión se encontraba en el idioma inglés y fue utilizada con adolescentes afroamericanos.

El instrumento fue traducido al español mediante el proceso de back translation y se revisó por expertos en el área para asegurar que el vocabulario y contenidos fueran los apropiados (Benavides et al., 2008). El instrumento de creencias conductuales consta de 25 preguntas, las cuales se dividen en dos apartados; uno para creencias sobre sexo y otro para creencias sobre el uso del condón. El primer apartado se divide en cuatro sub-escalas: a) dos ítems para prevención, b) cuatro ítems para metas, c) tres ítems para popularidad y d) tres ítems para orgullo. El segundo se divide en tres sub-escalas: a) tres ítems para prevención, b) seis ítems para placer y c) cuatro ítems para reacción del compañero. Todas las preguntas tienen opción de respuesta tipo likert que va de 1 = Completamente en desacuerdo a 5 = Completamente de acuerdo. Un ejemplo de reactivo es: ¿Los condones ayudan a prevenir las Infecciones de Transmisión Sexual? La puntuación se obtuvo por medio del cálculo del promedio para el instrumento total y por cada sub-escala (posible puntuación: 1 a 5), de tal forma

que mayores puntuaciones indican creencias positivas sobre el resultado de tener sexo y usar el condón. Los reactivos 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 20, 21 y 22 requieren ser recodificados.

El instrumento ha mostrado coeficientes de confiabilidad aceptable con un Alfa de Cronbach de .85 (Gallegos et al., 2008). El instrumento de intenciones consta de seis preguntas con opción de respuesta tipo likert que va de 1 = Muy improbable a 5 = Muy probable. Un ejemplo de reactivo es: ¿Qué tan probable sería que decidieras tener relaciones sexuales en los próximos 3 meses? La puntuación se obtiene por medio del promedio para el instrumento total, de tal forma que la posible puntuación va de 1 a 5. Puntuaciones mayores indican mayores intenciones de realizar la conducta en cuestión. El instrumento ha mostrado confiabilidad aceptable con un Alfa de Cronbach de .74 (Gallegos et al., 2008). Previo a la recolección de datos se realizó una prueba piloto en la que se encontraron valores aceptables de consistencia interna para ambos instrumentos y para cada una de sus sub-escalas, excepto para la sub-escala de placer del instrumento de creencias sobre sexo.

Debido a que no se contaba con datos acerca de la validez de los instrumentos se optó por realizar una prueba para obtener el Índice de Validez de Contenido (CVI), el cual se utiliza para cuantificar el acuerdo que existe entre expertos acerca de la claridad y pertinencia de los reactivos en un instrumento (Waltz, Stricklan & Lenz, 2010). Esta prueba se realizó con 9 profesionales expertos del área de la salud y que trabajan con adolescentes. Se encontró que para ambos instrumentos el CVI fue alto, ya que un índice de validez igual a 1 indica total acuerdo. A continuación, se presentan los resultados de esta prueba; para

creencias sexuales el CVI total fue de .96 y por pregunta varió de entre .77 a 1 y para intenciones sexuales el CVI total fue de .94 y el índice por pregunta osciló entre .88 y 1.

**Procedimiento de Recolección de Información.** Para la realización de este estudio se solicitó la aprobación de las Comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Asimismo, se realizó una reunión con los padres y adolescentes donde se les explicó en qué consistía el estudio y se les invitó a participar en el proyecto, entregándole a cada uno el consentimiento y el asentimiento informado. Posterior a esto, en la fecha programada para la recolección de datos, se procedió con la aplicación de los instrumentos. Se reunió a los adolescentes en un área sin ruido (aula u oficina) para el llenado de los instrumentos. Se seleccionaron aleatoriamente a los participantes que se consideraron en este estudio a través del programa Excel, aplicando la función de números aleatorios para obtener los 142 códigos de los participantes. El tiempo promedio de llenado total de los dos cuestionarios fue de 15 minutos. Los instrumentos se encontrarán bajo resguardo por un período de cinco años y luego serán destruidos.

**Consideraciones Éticas.** Este estudio se apegó a lo dispuesto por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987) que establece los lineamientos y principios generales a los que debe someterse la investigación científica. Se tomó en consideración el título segundo, los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, haciendo énfasis en los artículos siguientes. En todo momento prevaleció el criterio de respeto a la dignidad y la protección a los derechos y bienestar (Artículo 13). A

cada uno de los participantes se les entregó el consentimiento (padre) y asentimiento (adolescente) informado por escrito de parte del investigador el cual firmaron para poder acreditar su participación en el estudio (Artículo 14, Fracción V). El consentimiento informado fue firmado por quienes ejercían la patria potestad o la representación legal del menor (Artículo 36). Se contó con el dictamen favorable de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Artículo 14, Fracción VII). Se procedió a aplicar el instrumento a los participantes cuando se obtuvo la autorización del titular de las instituciones participantes (Artículo 14, Fracción VIII); protegiendo en todo momento la privacidad de los participantes sujetos a investigación, omitiendo su identidad y aplicando los cuestionarios en un área privada (Artículo 16).

La investigación se consideró con riesgo mínimo por tratar aspectos sensitivos hacia la conducta de creencias sobre sexo, uso del condón e intenciones sexuales (Artículo 17, Fracción II), así mismo el participante recibió una explicación clara y completa sobre la investigación (Artículo 21). Se les informó que podían preguntar si algo no quedaba claro e inclusive tenían la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que esto afectara su situación dentro de las instituciones participantes (Artículo 21, Fracción VII y Artículo 58, Fracción I). Los resultados obtenidos no fueron utilizados en perjuicio de los participantes (Artículo 58, Fracción II).

**Estrategias de Análisis de Datos.** Los datos fueron analizados en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 17. Se utilizó la estadística descriptiva, como frecuencias y medidas de tendencia

central, para describir las características sociodemográficas de los participantes y de las variables de estudio. Para cumplir con el objetivo 2, se utilizó la prueba de correlación de Pearson. En el caso de las hipótesis planteadas se utilizó la regresión múltiple utilizando las siguientes formulas donde “IS” significa intenciones sexuales, “a” constante y “b” coeficientes de regresión.

#### Hipótesis 1

$$IS = a + b_1PREVENCIÓN + b_2METAS + b_3POPULARIDAD + b_4ORGULLO$$

#### Hipótesis 2

$$IS = a + b_1PREVENCIÓN + b_2PLACER + b_3REACCIÓN COMPAÑERO$$

La hipótesis nula en ambos casos fue que todos los coeficientes de regresión son iguales a cero. Previo al análisis se consideraron los supuestos de regresión múltiple que son los siguientes: correlación lineal, la variable dependiente tiene distribución normal, los valores presentan homocedasticidad y homogeneidad de varianza. Una vez analizados los datos se procedió a interpretar el resultado.

## Resultados

En este apartado, se presentan los principales hallazgos de investigación. Primeramente, se muestran las características de los participantes, así como los datos de la estadística descriptiva para las variables de estudio. Posteriormente se presentan las correlaciones entre variables y los resultados de las pruebas de hipótesis planteadas. **Características de los Participantes** La muestra fue de 142 adolescentes de dos CBTis ubicados en comunidades marginadas del área metropolitana de Monterrey. Prevalció el género masculino (67.2%) y la media de edad fue de 16.5 años (DE = 0.95).

**Consistencia Interna de los Instrumentos.** En la tabla 1 se muestran los coeficientes de Alfa de Cronbach sobre la consistencia interna de los instrumentos. Para los reactivos del instrumento creencias sobre sexo, en su totalidad y para cada una de las sub-escalas presentaron muy buena consistencia interna; a excepción de la sub-escala de prevención que presentó un coeficiente de confiabilidad aceptable. Los reactivos del instrumento creencias sobre el uso del condón y sus sub-escalas presentaron coeficientes de confiabilidad muy buenos y aceptables; a excepción de la sub-escala de placer (DeVellis, 1991). El instrumento de intenciones sexuales presentó una consistencia interna aceptable (DeVellis, 1991).



Tabla 1.  
*Consistencia interna de los instrumentos*

Instrumentos	No. Reactivos	Alfa de Cronbach
Subescalas		
Creencias sobre sexo	12	.83
Prevención	2	.76
Metas	4	.81
Popularidad	3	.85
Orgullo	3	.90
Creencias sobre uso del condón	13	.71
Prevención	3	.86
Placer	6	.62
Reaccione del compañero (a)	4	.79
Intenciones sexuales	6	.77
Fuente: Creencia Conductual e Intenciones Sexuales		n=142

#### Descripción de las Variables de Estudio

Para cumplir con el objetivo 1, que consistió en describir las creencias sobre sexo y uso del condón y las intenciones sexuales en adolescentes de 14 a 19 años que viven en una comunidad marginada, se llevó a cabo un análisis descriptivo (ver tabla 2). Se encontró que los adolescentes tienen creencias positivas sobre la práctica de abstinencia para prevenir embarazos y el SIDA (= 3.91, DE = 0.87). En el caso de las creencias acerca de sentirse orgulloso sobre abstenerse de tener relaciones sexuales (= 3.05, DE = 1.05), éstos presentaron puntajes por arriba del punto intermedio. Asimismo, los adolescentes no creen que tener relaciones sexuales los hará más populares (= 3.82, DE = 0.85). Por otra

parte, ellos no creen que tener relaciones sexuales interferirá con sus metas sobre educación o trabajo (= 2.91, DE = 0.93).

A continuación, se presenta la descripción de la variable creencias sobre el uso del condón. Se encontró que los adolescentes creen que el condón los puede proteger de las ITS, embarazos no deseados y el SIDA (= 4.14, DE = 0.79). De igual manera los adolescentes creen que el uso del condón no interfiere con el placer del acto sexual (= 3.11, DE = 0.47), ni que si proponen la utilización de éste su pareja tendrá una reacción negativa (= 3.69, DE = 0.76).

En el caso de las intenciones sexuales, se encontró que los adolescentes creen que es probable que se abstengan de tener relaciones sexuales, de utilizar el condón y de tratar de negociar el uso de éste (= 3.58, DE = 0.73).

Tabla 2  
Estadística Descriptiva y Distribución de Variables

Variable		n	X	DE	Valor mínimo	Valor máximo
Creencias sobre sexo	Prevención	142	3.91	.87	1	5
	Orgullo	142	3.05	1.05	1	5
	Popularidad	142	3.82	.85	.67	4.33
	Metas	142	2.91	.93	.75	5
	Total	142	3.33	.51	1.50	4.83
Creencias sobre el uso del condón	Prevención	142	4.14	.79	1	5
	Placer	142	3.11	.47	2	4.67
	Reacción del compañero	142	3.69	.76	1.50	5
					Continúa...	

Variable	n	X	DE	Valor mínimo	Valor máximo
Total	142	3.52	.43	2.54	4.77
Intenciones sexuales	142	3.58	.73	1.50	5

Fuente: Creencia Conductual e Intenciones Sexuales n=142

**Relaciones entre las Variables de Estudio.** Para cumplir con el objetivo 2, sobre las relaciones existentes entre las creencias sobre sexo y uso del condón e intenciones sexuales, se realizó una prueba de correlación de Pearson (ver tabla 3). Las creencias sobre sexo (prevención, metas y popularidad) se relacionaron con las intenciones sexuales; excepto la de orgullo. A mayores creencias positivas sobre que la abstinencia previene los embarazos no deseados y el SIDA, mayores fueron las intenciones de abstenerse, utilizar condón y negociar el uso de éste con su compañero sexual ( $r = .24, p < .01$ ). Mientras que si los adolescentes tienen mayores creencias sobre que tener relaciones sexuales no interferirá con sus metas ( $r = -.22, p < .01$ ) y no los hará más populares ( $r = -.26, p < .01$ ), es menor la intención de abstenerse, utilizar condón y negociar el uso de éste con su compañero sexual.

Así mismo, las creencias sobre el uso del condón (prevención y reacción del compañero) se relacionaron con las intenciones sexuales, a excepción de la de placer. Por lo que a mayores creencias acerca de que el condón previene los embarazos, las infecciones de transmisión sexual y el SIDA ( $r = .30, p < .01$ ) mayores fueron las intenciones de usarlo. Además, a mayores creencias acerca de

que la pareja sexual no reaccionara negativamente al pedirle que use un condón, mayores son las intenciones sexuales ( $r = .34, p < .01$ ).

Tabla 3  
Relaciones entre las Variables de Estudio

Variable	Intenciones sexuales
Creencias sobre sexo	
Prevenición	.24**
Metas	-.22**
Popularidad	-.26**
Orgullo	.01
Creencias sobre el uso del condón	
Prevenición	.30**
Placer	.18
Reacción del compañero	.34**
**p < .01	n = 142

Efecto de las Creencias sobre Sexo en las Intenciones Sexuales. Para probar la hipótesis 1 (ver tabla 4 y 5), que menciona que las creencias sobre sexo (prevención, metas, popularidad y orgullo) influyen positivamente en las intenciones sexuales, se realizó una prueba de regresión múltiple. Previo a este análisis se revisó que se cumpliera con los supuestos de normalidad, linealidad y correlación. Se encontró que el modelo resultó significativo con las cuatro variables independientes (prevención, metas, popularidad y orgullo), este modelo explicó el 15% de la varianza en las intenciones sexuales ( $F [4,136] = 5.83, p < .001$ ). Tabla 4 ANOVA del Modelo de Creencias sobre Sexo con Intenciones Sexuales

Tabla 4  
ANOVA del Modelo de Creencias sobre Sexo con Intenciones Sexuales

Modelo	SC	gl	MC	F	p
Regresión	11.244	4	2.81	5.83	.000
			1		
Residual	65.624	136	.483		
Total	76.868	140			

Fuente: Creencia Conductual e Intenciones Sexuales n=142

Las creencias sobre tener sexo de prevención ( $\beta = .23$ ,  $p < .01$ ) presentaron un efecto positivo y moderado. Mientras que las creencias sobre tener sexo de metas ( $\beta = -.16$ ,  $p < .05$ ), presentaron un efecto negativo y moderado sobre las intenciones sexuales. Sin embargo, las creencias sobre sexo de popularidad y orgullo no presentaron efecto.

Tabla 5  
Regresión Múltiple de Creencias sobre Sexo con Intenciones Sexuales

Creencias sobre sexo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		
	$\beta$	Error tipificado	$\beta$	t	p
1 (Contante)	.5	.35		9.60	.001
Prevenición	.20	.07	.23	2.77	.006
Metas	-.14	.08	-.16	-1.66	.100
Popularidad	-.09	.06	-.13	1.41	.160
Orgullo	.18	.08	.22	2.16	.033

Fuente: Creencia Conductual e Intenciones Sexuales n=142

Para probar la hipótesis 2, que menciona que a mayores creencias de usar el condón (prevención, placer y reacción de compañero) mayores son las intenciones sexuales, se realizó una regresión múltiple (ver tabla 6 y 7). De igual modo se verificó que se cumpliera con los supuestos para regresiones lineales. Se encontró que el modelo resultó significativo con las tres variables independientes en conjunto (prevención, placer y reacción del compañero) y explicó el 16% de la variabilidad en las intenciones sexuales ( $F [3,138]= 8.61, p <.001$ ).

Tabla 6  
*ANOVA del Modelo de Creencias sobre uso del Condón con Intenciones Sexuales*

Modelo	SC	gl	MC	F	p
Regresión	12.11	3	4.03	8.61	.001
Residual	64.75	138	.46		
Total	76.87	141			

Fuente: Creencia Conductual e Intenciones Sexuales n=142

También se encontró que las creencias sobre el uso del condón de prevención ( $\beta = .20, p < .01$ ) presentaron un efecto positivo y moderado, mientras que las creencias de reacción del compañero sobre el uso del condón ( $\beta = -.25, p < .01$ ) presentaron un efecto negativo y moderado. Sin embargo, las creencias sobre el uso del condón de placer no presentaron efecto en las intenciones sexuales.

Tabla 7  
 Regresión Múltiple de Creencias sobre Sexo con Intenciones Sexuales

Creencias sobre sexo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		
	$\beta$	Error tipificado	B	t	p
1 (Contante)	1.54	.50		3.10	.002
Prevenición	.19	.07	.20	2.49	.014
Placer	.10	.12	.06	.83	.407
Reacción del compañero	-.24	.08	-.25	-3.02	.003

Fuente: Creencia Conductual e Intenciones Sexuales n=142



## Discusión

El propósito del presente estudio fue examinar la asociación entre las creencias sobre sexo y uso del condón y las intenciones sexuales en adolescentes de 14 a 19 años que viven en una comunidad marginada.

Se encontró que los adolescentes presentaron creencias positivas sobre la práctica de abstinencia para prevenir embarazos y el VIH-SIDA. Esto semejante a lo reportado por Givaudan, Poortinga y Vijver (2005), quienes realizaron un estudio con adolescentes mexicanos y encontraron que el 85% de ellos opinaron que no habían tenido relaciones sexuales por temor a quedar embarazada o embarazar a alguien. En el caso de las creencias sobre el uso del condón, se encontró que los adolescentes creen que éste los puede proteger de las ITS, embarazos no deseados y el VIH-SIDA. Este hallazgo concuerda con lo reportado por Lameiras et al. (2004), que estudiaron una muestra de adolescentes sexualmente activos que refirieron utilizar el preservativo porque creen que los puede prevenir de ITS y embarazos no deseados. Aunque en este estudio participaron también los adolescentes que aún no han tenido relaciones sexuales, de acuerdo a la Teoría de Acción Razonada y Conducta Planeada, se espera que esta creencia sea la misma que cuando inicien su vida sexual; ya que la intención es el predictor más próximo a la conducta (Fishbein y Ajzen, 1975).

También se encontró que los adolescentes no creen que el uso del condón interfiera con el placer del acto sexual. Este hallazgo difiere a lo reportado por Draghi (2009), quien realizó un estudio con adolescentes en Argentina, reporto que ellos piensan que el uso del condón reduce en forma importante el placer sexual. De igual manera Bogart, Cecil y Pinkerton (2000), consideran que existen aspectos

culturales (machismo) que influyen en la creencia negativa hacia el uso del condón. Una explicación a este hallazgo podría ser que los adolescentes que participaron en este estudio han recibido información acerca del uso del condón en una materia de valores, por lo que se puede esperar que éstos hayan sido influenciados por ésta.

Por otro lado, los adolescentes que piensan que la abstinencia previene embarazos no deseados e ITS como el VIH-SIDA reportaron mayores intenciones de abstenerse a tener relaciones sexuales; esto similar a lo reportado por Martínez (2004), quien también utilizó la Teoría de la Conducta Planeada y encontró una fuerte relación entre las creencias sexuales e intenciones de practicar la abstinencia.

Asimismo, los adolescentes que tienen mayores creencias sobre que tener relaciones sexuales no influye en su popularidad presentaron menores intenciones sexuales. Este resultado es similar a lo encontrado por Villarruel, Jemmott, Jemmott y Ronis (2004), quienes estudiaron los predictores de las intenciones sobre sexo y uso del condón en adolescentes latinos. Los autores reportaron que la creencia sobre ser popular se relaciona con las intenciones de tener sexo. Asimismo, los autores del estudio mencionado anteriormente también encontraron que la creencia sexual sobre el orgullo se relacionó con las intenciones sexuales; sin embargo, en la muestra del presente estudio no se encontró una relación significativa. Una explicación a esto podría ser que el orgullo para los adolescentes mexicanos está fuertemente influenciado por lo que piensan los padres y frecuentemente estos no perciben que ellos aprueben que tengan relaciones sexuales antes del matrimonio (Gallegos et al., 2008).

También se encontró que los adolescentes que creen que el uso del condón previene embarazos e ITS como el VIH-SIDA tienen mayores intenciones de usarlo en cada relación sexual. Esto similar a lo reportado por Martínez (2004) y Jemmott et al. (2007), quienes de igual manera encontraron una fuerte relación entre las creencias sexuales de prevención y el uso del condón en adolescentes mexicanos y latinos; respectivamente. Aquellos adolescentes que percibieron que a su pareja sexual no le molestaría utilizar un condón presentaron mayores intenciones sexuales. Esto es similar a lo reportado por Hogben et al. (2006), en una muestra de adolescentes mujeres entre 13 y 19 años de edad, donde encontraron que la intención de usar el condón se relacionó con la percepción de que el compañero/a acepta el uso y que confía en ella.

No se encontró relación sobre la creencia placer con las intenciones sexuales. Este resultado difiere a lo reportado por Jemmott et al. (2007) en una muestra con adolescentes entre 10 y 16 años donde se obtuvo como resultado que la creencia de placer se relacionó positivamente con la intención. Lo anterior puede deberse a que los adolescentes se confundieron al responder algunas preguntas por el doble sentido de éstas, por ejemplo: “Si uso un condón al tener relaciones sexuales no se sentirá tan bien” y la respuesta para este tipo de reactivo va de 1 = completamente en desacuerdo a 5 = completamente de acuerdo. Se encontró que, en conjunto, tanto las creencias sobre sexo como las del uso de condón, influyeron en las intenciones sexuales. Esto similar a lo encontrado por Jemmott et al. (2007) quienes reportaron que las creencias de prevención de VIH-SIDA influyen en la intención de utilizar el condón.

La Teoría de la Acción Razonada y Conducta Planeada fue de gran utilidad para comprender los procesos de cambio en las creencias e intenciones del uso del condón por dos razones: primero, proporcionó un modelo en el que se asocian directamente las creencias con intenciones y segundo, permitió tener una imagen más detallada de las intenciones de las personas con respecto al sexo y el uso del condón. El presente estudio tiene limitaciones al generalizar estos datos ya que se obtuvieron de una sola zona geográfica y en un solo momento.

### **Conclusiones**

Respecto al objetivo 1

Específicamente en la variable creencias sobre sexo: Los adolescentes mostraron creencias positivas sobre la práctica de abstinencia para prevenir embarazos y el VIH- SIDA. Así mismo, los adolescentes refirieron sentirse orgullosos de abstenerse de tener relaciones sexuales. Por ende, estos mismos presentaron creencias negativas sobre que tener relaciones sexuales los hará más populares. Sin embargo, ellos no creen que tener relaciones sexuales interferirá con sus metas sobre educación o trabajo.

Acerca de las creencias sobre el uso del condón: Los adolescentes tuvieron creencias positivas de que el condón los puede proteger de las ITS, embarazos no deseados y el VIH-SIDA. De igual manera los adolescentes opinaron que el uso del condón no interfiere con el placer del acto sexual. Así mismo, ellos se sentían seguros respecto a proponerle a su pareja utilizar el condón y que éste(a) no tendría una reacción negativa. En el caso de las intenciones sexuales: Se encontró que es probable que los adolescentes se abstengan de tener relaciones sexuales, pero en

caso de tenerlas ellos utilizarían el condón mediante la negociación del uso de éste con su pareja sexual.

#### Respecto al objetivo 2

En cuanto a las creencias sobre sexo: Se encontró que los adolescentes que piensan que la abstinencia previene embarazos no deseados e ITS como el VIH-SIDA presentaron mayores intenciones de abstenerse a tener relaciones sexuales, o en su defecto éstos optarían por usar el condón como método preventivo negociando el uso de éste con su compañero sexual. Por otro lado, los adolescentes que tienen mayores creencias sobre que tener relaciones sexuales no interferirá con sus metas educativas y de empleo, y que a su vez esto no influye para nada en su popularidad, se relacionó con menores intenciones de abstenerse a tener relaciones sexuales, menor intención de utilizar el condón y de negociar el uso de éste con su compañero sexual. No se encontró relación de la creencia sobre el orgullo con las intenciones sexuales.

Relacionado a las creencias sobre el uso del condón: Los adolescentes que creen que el uso del condón previene embarazos e ITS como el VIH-SIDA tienen mayores intenciones de usarlo en cada relación sexual. Además, aquellos adolescentes que perciben que su pareja sexual no se molestará al pedirle que utilicen un condón, presentan intenciones sexuales por arriba de la media. No se encontró relación sobre la creencia placer con las intenciones sexuales.

#### Respecto a la hipótesis 1

Tener creencias positivas sobre la prevención durante las relaciones sexuales afecta de manera positiva a las intenciones sexuales. Mientras que las

creencias sobre las metas respecto a educación y empleo tienen un efecto negativo sobre las intenciones sexuales. Sin embargo, las creencias sobre sexo de popularidad y orgullo no presentaron ningún efecto. Aunque de las cuatro variables sólo dos resultaron tener un efecto sobre las intenciones sexuales, éstas en conjunto dentro del modelo presentaron un efecto positivo en la varianza de las intenciones sexuales. Se concluye que las creencias sobre sexo influyen en las intenciones sexuales.

Respecto a la hipótesis 2 Las creencias acerca de que el condón es preventivo presentó un efecto positivo sobre las intenciones sexuales. Mientras que las creencias sobre la reacción del compañero en cuanto al uso del condón presento un efecto negativo. Por otro lado, las creencias sobre el uso del condón respecto al placer no presentaron efecto en las intenciones sexuales. De igual manera que la hipótesis anterior, en este caso solo dos de las tres variables presentaron coeficientes significativos; pero en conjunto resultaron tener un efecto sobre las intenciones sexuales. Se puede decir que las creencias sobre el uso del condón tienen efecto sobre las intenciones sexuales.

**Recomendaciones.** Este estudio se realizó en adolescentes escolarizados, por lo que se recomienda seguir estudiando estas variables con adolescentes no escolarizados; ya que probablemente estos se encuentren en mayor vulnerabilidad y los resultados podrían ser diferentes.

Asimismo, sería conveniente continuar con la validación del instrumento utilizado ya que solamente se analizó el CVI con profesionales de la salud, por lo que sería recomendable realizar este mismo análisis con los propios adolescentes.

A este respecto se recomienda también verificar la comprensión de las preguntas ya que se sospecha que el utilizar dobles negativos confunde a los participantes.

En cuanto a la Teoría de la Conducta Planeada, en el presente estudio sólo se consideraron las variables creencias conductuales e intenciones; por lo que se recomienda que, en futuras investigaciones, éstas se estudien en conjunto con las creencias normativas y las de control con el fin de obtener una mayor explicación del papel que juegan en conjunto dentro de la teoría.

Realizar investigaciones de tipo cualitativo ayudaría a complementar los resultados obtenidos en el presente estudio, profundizando en las creencias sobre sexo y uso del condón y las intenciones sexuales en adolescentes de áreas marginadas. Realizar programas específicos para este tipo de población e incluir las creencias sobre sexo y uso de condón, y trabajar en conjunto con las intenciones sexuales para que éstas a su vez influyan positivamente al reducir las conductas sexuales de riesgo para VIH/SIDA.

## Referencias

Ajayi, A. I., Ismail, K. O., & Akpan, W. (2019). Factors associated with consistent condom use: a cross-sectional survey of two Nigerian universities. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7543-1>

Amaya, J. a. C., Montero, P. B. S., García, S. Y. R., Ponce, E. C. V., Jiménez, E. T. B., & Maldonado, D. J. L. (2021). Uso de métodos anticonceptivos en jóvenes de América Latina, un aporte desde Ecuador. *Revista San Gregorio*, 45. <https://doi.org/10.36097/rsan.v0i45.1439>

Benavides, R. A. (2007). An interaction model of parents' and adolescents' influences on Mexican adolescents' intentions for contraception and condom use. Ph.D. dissertation, The University of Texas at Austin, United States - Texas. Recuperado febrero 13, 2009, de Dissertations & Theses: Full Text database. (Publicación No. AAT 3285967).

Benavides, R. A. (2008). Investigador Principal del proyecto “Programa Cuídate para reducir el riesgo de VIH/SIDA en adolescentes en situación de la calle de Monterrey y su área metropolitana. Manuscrito no publicado.

Bogart, L. M., Cecil, G. & Pinkerton, S. D. (2000). Hispanic adults' beliefs, attitudes and intentions regarding the female condom. *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 181-205.

Burns, N. & Grove, S. K. (2004). *Investigación en enfermería* (3ª ed.). España: Elsevier.



Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2009). El VIH/SIDA en México (Cifras al 14 de noviembre 2008). Recuperado febrero 21, 2009, de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/cifras.html>

Consejo Estatal para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (COESIDA). (2008). COESIDA Nuevo León. Recuperado marzo 6, 2009, de <http://www.google.com.mx/searchl=es&q=COESIDA2C+2008.NuevoLeC3B3nmeta>

Dauids, E. L., Zembe, Y., De Vries, P. J., Mathews, C., & Swartz, A. (2021). Exploring condom use decision-making among adolescents: the synergistic role of affective and rational processes. *BMC Public Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11926-y>

De La Juventud, I. M. (2023.). Salud sexual y reproductiva. gob.mx. <https://www.gob.mx/imjuve/articulos/salud-sexual-y-reproductiva-96056>

DeVellis, R. F. (1991). *Scale development: Theory and applications*. Newbury Park: Sage Publications.

Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. (2003). Salud y hábitos sexuales: las conductas sexuales desde la perspectiva del SIDA. Recuperado febrero 21, 2009, de <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/encuestaHabitosexuales.pdf>

Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Gallegos, E. C., Villarruel, A. M., Loveland, C., Ronis, D. & Zhou, Y. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública de México*, 50(1), 59-66

Gámez, N. P., & Bautista, Y. Y. P. (2023). Evaluación de un taller de empoderamiento y salud sexual en jóvenes universitarios. *PSICUMEX*, 13, 1–27. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v13i1.539>

Hervada, X., Santiago, M. I., Vázquez, E., Castillo, C., Loyula, E. & Silva, L. C. (2006). Programa para Análisis Epidemiológico de Datos Tabulados (Versión 3.1) [Software de cómputo]. España, Santiago de Compostela, A Coruña: Servicio de Epidemiología.

Hogben, M., Liddon, N., Pierce, A., Sawyer, M., Papp, J. R., Black, C. M. et al. (2006). Incorporating adolescent females' perceptions of their partners' attitudes toward condoms into a model of female adolescent condom use. *Psychology Health & Medicine*, 11(4), 449-460. [http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510\\_2008\\_global\\_report\\_pp29\\_62\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510_2008_global_report_pp29_62_es.pdf)

Jemmott, J. B., Heeren, G. A., Ngwane, Z., Hewitt, N., Jemmott, L. S., Shell, R. et al. (2007). Theory of planned behaviour predictors of intention to use condoms among Xhosa adolescents in South Africa. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 19(5), 677-684.

Jemmott, L. S., Jemmott, J. B. & Villarruel, A. M. (2002). Predicting intentions and condom use among Latino college students. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 13(2), 59-69.

La Prevención Y Control Del Vih Y El Sida, C. N. P. (n.d.).

Epidemiología Registro Nacional de Casos de VIH y sida. gob.mx.

<https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>

Leyton M., Bardi, L. A., González, E., Molina, T. & Oneto, C. (2006). Uso del preservativo en adolescentes multigestas con uso de anticonceptivos hormonales. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*; 13(1), 16-24.

Martínez, A. (2004). Evaluation of two school-based HIV prevention interventions in the border city of Tijuana Mexico. *Journal of Sex Research*, 41, 267-278.

Millanzi, W. C., Osaki, K. M., & Kibusi, S. M. (2023). Attitude and prevalence of early sexual debut and associated risk sexual behavior among adolescents in Tanzania; Evidence from baseline data in a Randomized Controlled Trial. *BMC Public Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16623-6>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2008). En América Latina 25% de adolescentes son madres antes de los 20 años, según CEPAL. Recuperado febrero 15, 2009, de <http://www.un.org/spanish/News/fullstorynews.asp?newsID=13936&criteria1=Latina&criteria2=mujeres>

Polit, D. & Hungler, B. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6ª. ed.) México: Mc Graw-Hill Interamericana.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). (2008). *Uniendo al mundo contra el sida*. Recuperado marzo 9, 2009,

de

[http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008\\_Global\\_report.ap](http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.ap)

Robles, S., Piña, J. A., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R. & Moreno, D. (2006). Predictores de conductas relacionadas con el uso inconsistente del condón en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 16(1), 71-78.

Secretaría de Salud (SS). (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. México, D.F: Editorial Porrúa.

UNAIDS. (n.d.). Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet/index.html>

Villarruel, A. M., Jemmott, J. B., Jemmott, L. S. & Ronis, D. L. (2004). Predictors of sexual intercourse and condom use intentions among Spanish – dominant Latino youth. *Nursing Research*, 53(3), 172-181.

Waltz, C. F., Strickland, O. L. & Lenz, E. R. (2010). *Measurement in nursing and health research* (4° Ed.). United States America: Springer Publishing Company.

World Health Organization. (2024, 29 de agosto). Alarming decline in adolescent condom use, increased risk of sexually transmitted infections and unintended pregnancies, reveals new WHO report. *Who.int*. Recuperado el 3 de octubre de 2024, de <https://www.who.int/europe/news/item/29-08-2024-alarming-decline-in-adolescent-condom-use--increased-risk-of-sexually-transmitted-infections-and-unintended-pregnancies--reveals-new-who-report>

World Health Organization: WHO & World Health Organization: WHO.  
(2024, July 22). HIV and AIDS. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

YRBS Data Summary & Trends Report. (2024, August 6). Youth Risk  
Behavior Surveillance System (YRBSS). <https://www.cdc.gov/yrbs/dstr>

## ***CAPÍTULO 4***

### **PERCEPCIONES DE BENEFICIOS Y BARRERAS EN JÓVENES PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE VIH**

*Raquel Alicia Benavides Torres*

*Ana Luisa Hernández Ramos*

*Dora Julia Onofre Rodríguez*

*Adriana Cárdenas Cortes*

#### **Introducción**

Los jóvenes son una pieza clave para lograr la prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ya que se encuentran en una etapa clave de la vida (UNAIDS, 2024.), sin embargo a su vez son un grupo vulnerable, debido a los cambios físicos, sociales y psicológicos que presentan cambios hormonales, sexuales y reproductivos, así como la necesidad de independencia, búsqueda de su identidad y pertenencia a un grupo (Moreno & Del Mar Molero Jurado, 2024), lo que los hace más propensos a experimentar conductas de riesgo; como el inicio de una vida

sexual activa. Se ha señalado al respecto que la edad ha tenido un descenso notablemente en los últimos años, en nuestro país el promedio de inicio de la vida sexual activa se encuentra alrededor de los 14 años de edad, lo que resulta realmente alarmante al colocar a los jóvenes en un grupo de alto riesgo para contraer infecciones de transmisión sexual (Barragán et al., 2019).

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la infección por el VIH continúa siendo un problema grave de salud; ya que aún y cuando se redujeron hasta en un 39% desde el 2010, actualmente más de 3,500 personas se infectan diariamente con este virus a nivel mundial (UNAIDS, 2024.) En América Latina, México ocupa el quinto lugar con 201,439 casos de VIH y a nivel nacional, Nuevo León ocupa el octavo lugar con 12,722 casos (De Salud, 2024.)

Aproximadamente, siete de cada diez de estas infecciones ocurren en adolescentes y más de la mitad de los nuevos casos de VIH ocurren en personas jóvenes menores de 25 años de edad, lo anterior puede deberse a que el inicio de la vida sexual activa en los jóvenes está ocurriendo a menor edad (UNAIDS, 2024). De acuerdo a lo anterior se puede inferir que los jóvenes tienen múltiples parejas sexuales antes de tener una relación estable y que la inmadurez propia de la edad puede estar influyendo en que tengan conductas sexuales de riesgo que los colocan en un mayor peligro de infectarse con el VIH. De acuerdo a lo anterior, la ONUSIDA reporta que más del 50% de infecciones por VIH se presentaron en jóvenes, con aproximadamente 7,500 casos diarios (UNAIDS, 2024). Esta situación resulta alarmante ya que se estima que, en países de bajo ingreso, como

México, solo un tercio de las personas infectadas por VIH recibe tratamiento; lo cual no es suficiente para controlar la epidemia (Hiv.Gov, 2024)

De acuerdo a lo anterior, la UNAIDS ha desarrollado la “Estrategia 2016-2021... para revolucionar la prevención y reducir hasta la mitad las infecciones en la gente joven” (UNAIDS, 2022), la cual propone como uno de los principales objetivos un mayor acceso a la prueba de VIH. En base a esto, en México, el CENSIDA ha llevado a cabo campañas y estrategias de prevención de transmisión del VIH que incluyen la promoción de la prueba de VIH que se realiza en los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención de VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, se ha encontrado en diversos estudios que los programas enfocados a la realización de las pruebas de VIH, no están adaptados a los jóvenes mexicanos, lo que genera desorientación en los jóvenes y los desanima a tener contacto con los servicios de salud aunado a la falta de conocimiento que sin duda alguna influye negativamente en las actitudes positivas que favorecen a que los jóvenes se realicen la prueba de VIH (HIV/AIDS Data Hub for the Asia Pacific,2024.)

En nuestro país no existen registros de la proporción de pruebas de VIH que se realizan en los jóvenes, sin embargo, existe evidencia que sólo una baja proporción de jóvenes se la realiza de manera voluntaria como parte de una conducta de prevención (The State of HIV Prevention in México - Poster, 2023.) y en base a los reportes presentados por el CENSIDA, se evidencia que ésta se realiza con mayor frecuencia a mujeres embarazadas, donadores de sangre y usuarios de drogas inyectables.



Algunos estudios realizados en otros países describen una situación similar, según lo reportado por Joint Infectious Diseases Unit (JID), 2022), el 27.0% de los estudiantes europeos de 15 a 24 años, eran sexualmente activos y de éstos sólo el 7.7% se había realizado la prueba de VIH una vez en la vida. Por su parte, en el 2007, el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en Estados Unidos de Norteamérica (USA) refirió que, a nivel nacional, sólo el 12.9% de los jóvenes se habían realizado la prueba de VIH. En un estudio realizado en Latinoamérica, se reportó que el 29.5% de los jóvenes sexualmente activos se realizó la prueba de VIH (HIV/AIDS Surveillance in Europe 2022 (2021 Data), 2022)

En este sentido, diversas investigaciones realizadas en otros países han centrado su atención en estudiar las razones que tienen los jóvenes para realizarse la prueba de VIH. Entre las que destacan: haber tenido sexo sin uso del condón y con múltiples parejas sexuales (Jacobs Institute of Women's Health, 2023.) haber recibido consejería u orientación y tener una pareja sexual que fuera cero positivo ((Kidman et al., 2020). Por otra parte, también se han estudiado las razones que tienen los jóvenes para no realizarse la prueba de VIH; entre las que destacan el miedo al resultado y al procedimiento que se realiza para hacerse la prueba, la incertidumbre que sienten sobre la confidencialidad de quien la realiza, el creer que el resultado no será el correcto (WHO 2024)

En relación a lo anterior, Nola J. Pender (2006, p. 68) en su Modelo de Promoción de la Salud (MPS) plantea que las cogniciones específicas de la conducta y afecto son consideradas de mayor significancia motivacional, ya que por medio de éstas los individuos perciben diversos beneficios o barreras que los

llevan a realizar o no una conducta específica. Dentro de este constructo, la autora refiere que aquellos individuos que perciben mayores beneficios que barreras de realizar una conducta promotora de salud son quienes tienen mayor probabilidad de realizarla. Por lo que aquellas razones percibidas por los jóvenes para realizarse la prueba de VIH pueden ser estudiadas como beneficios y las razones percibidas por los jóvenes para no realizarse la prueba de VIH como barreras hacia la prueba de VIH.

Se puede decir que en nuestro país no se han indagado los beneficios y barreras percibidas por los jóvenes para realizarse voluntariamente la prueba de VIH. Aunado a esto, reportes realizados en otros países han estudiado por separado los beneficios y las barreras de quienes se realizan la prueba de VIH, sin indagar cuáles son las barreras que perciben los jóvenes que no se han realizado la prueba y cuáles serían los beneficios que percibirían si se la realizaran, ya que de acuerdo a lo planteado por Pender (2006), conocer los beneficios y las barreras de realizarse la prueba de VIH en los jóvenes es de especial relevancia ya que “constituyen el núcleo crítico para la intervención” (Pender, 2006, p. 68). Por lo que de acuerdo a lo anterior se planea el presente estudio, que tiene como objetivo determinar si los beneficios y las barreras percibidas por los jóvenes influyen en su decisión de realizarse la prueba de VIH en una muestra de estudiantes de escuelas técnicas del área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

## **Marco conceptual**

El presente estudio utilizará como base el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola J. Pender (2006, p. 68). La autora propone en el modelo una perspectiva holística y psicosocial, tomando como base la integración de fuentes teóricas como la Teoría Cognitiva Social de Albert Bandura (1977) y el Modelo de Valoración de Expectativas de la Motivación Humana descrito por Feather (1982). El MPS postula que existen factores cognitivos-preceptuales que influyen en la participación del individuo en conductas promotoras de salud. Los conceptos y definiciones principales que maneja son: La conducta previa relacionada, factores relacionados, beneficios percibidos de la acción, barreras percibidas de la acción, autoeficacia percibida, afecto relacionado con la actividad, influencias interpersonales, influencias situacionales, compromiso con el plan de acción, demandas y preferencias competitivas inmediatas y la conducta promotora de salud. Para fines de este estudio, sólo se utilizarán los constructos de 1) Cogniciones y Afecto Específicos de la Conducta y 2) Resultado Conductual. Del primero, se considerarán los conceptos de beneficios percibidos de la acción y las barreras percibidas de la acción y del segundo la conducta promotora de salud.

El MPS plantea que cada persona tiene características y experiencias personales únicas que influyen en la conducta y que la frecuencia con la que se realiza puede generar un afecto positivo o negativo ya sea antes, durante o después de la conducta. Esta cognición específica es codificada en la memoria como información que se recupera cuando es necesario decidir sobre si se debe o no realizar una determinada conducta. De acuerdo a esto la conducta previa relacionada se considera como un predictor de la conducta. En el caso del presente

estudio se considera que cuando él o la joven perciben que ha realizado una conducta que lo pone en riesgo de contraer el VIH existe mayor posibilidad de que este decida realizarse la prueba.

Aunado a esto, Pender refiere que la intención conductual es el determinante inmediato de lo que se espera que haga la persona y que ésta es influenciada directamente por las creencias. Las creencias hacia la conducta pueden ser percibidas positivamente como beneficios o negativamente como barreras y se ha reconocido que éstas influyen en la toma de decisiones. Los beneficios percibidos para la acción son los resultados positivos anticipados que se producirán para desarrollar una conducta de salud. Por el contrario, las barreras percibidas para la acción son bloqueos anticipados, imaginarias o reales que pueden impedir que se adopte una conducta determinada. Por lo que cuando la intención o disposición para la acción es baja y las barreras son altas existe mayor posibilidad de que no ocurra la acción y viceversa cuando la intención o la disponibilidad para actuar son altas y las barreras bajas se presentan la posibilidad de que ocurra la acción. Para fines del presente estudio los beneficios percibidos de acción serán los resultados positivos anticipados que motivan a los jóvenes para realizarse la prueba de VIH y las barreras percibidas de acción serán los obstáculos anticipados que desmotivan a los jóvenes para realizarse la prueba de VIH. Es por esto, que tanto los beneficios como las barreras son considerados afectos específicos de la conducta porque de éstos depende que se realice o no la conducta promotora de salud.

La conducta promotora de salud es el resultado de la acción dirigido al bienestar óptimo que da como resultado una experiencia de salud positiva durante

la vida. Los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales pueden influir en las cogniciones específicas de la conducta y en los beneficios o barreras percibidos para la acción. En este caso la conducta promotora de salud es que los jóvenes se realicen la prueba de VIH. Debido a que un predictor directo de la conducta son las intenciones, estas también serán consideradas y se representarán como los planes o la disponibilidad de los jóvenes para realizarse la prueba de VIH. En la figura 1 se observa la relación que existe entre las variables.

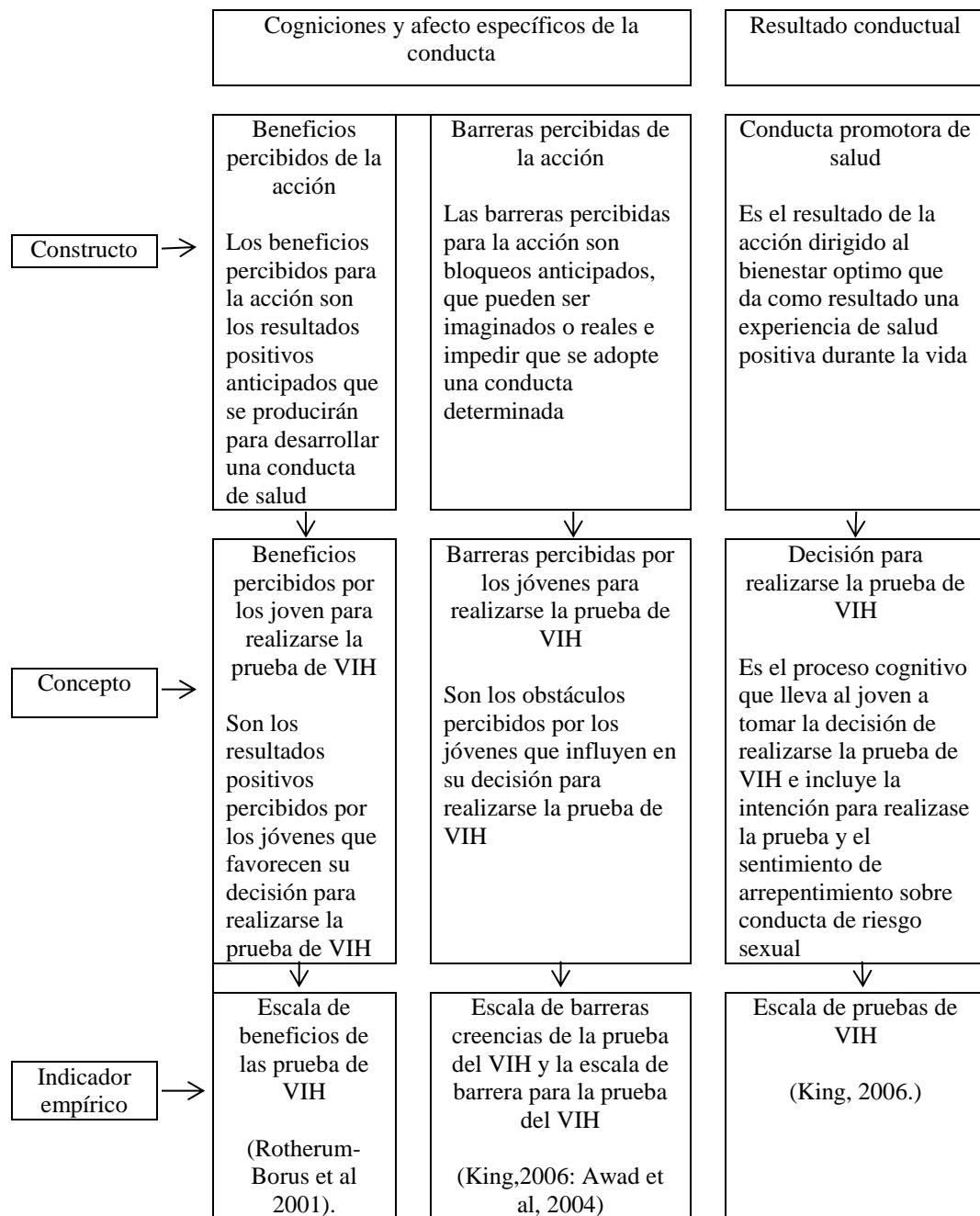


Figura 1. Estructura conceptual teórico empírica

## Estudios relacionados

A continuación, se presentan los estudios de investigación relacionados con las variables de interés que son los beneficios y barreras percibidos por los jóvenes para realizarse la prueba de VIH así como la decisión para realizarse la prueba de VIH. Delva et al. (2008) realizaron un estudio con el fin de examinar la relación de la prueba de VIH y los predictores asociados a la realización de esta en Europa con 2,150 estudiantes de secundaria. Los autores reportan que el 94.1% de los estudiantes (IC 95% = 4.2% - 8.2%,  $p < .05$ ) no se ha realizado la prueba de VIH nunca. Destacando como la principal razón para no realizarse la prueba de VIH, el miedo (41.3%) que incluye el temor al diagnóstico positivo de la prueba (48.7%) y la desconfianza hacia al resultado correcto de la prueba de VIH y al personal encargado de realizar la prueba de VIH (21.9%).

Mill et al. (2008) llevaron a cabo un estudio en Canadá con el fin de explorar las decisiones de los jóvenes para realizarse la prueba de VIH. Realizaron 413 encuestas en jóvenes de 15 a 30 años donde encontraron que el 51% de los jóvenes se realizaron la prueba de VIH después de haber recibido información previa sobre el VIH. Así mismo encontraron que el haber tenido relaciones sexuales sin protección fue el principal motivo para realizarse la prueba (43.6%); mientras que el 34.5% expresó no haberse realizado la prueba de VIH porque no considera haber tenido relaciones sexuales con una persona infectada.

Peralta, Griffin, Hipszer y Ghalib (2007) elaboraron un estudio con el propósito de conocer las barreras que perciben los jóvenes para acceder a la prueba de VIH en 278 jóvenes entre 12-24 años. Los investigadores identificaron que el 70.5% de los jóvenes americanos no se han realizado la prueba de VIH, de los

cuales el 62.8% mencionan que no se la habían realizado porque no se la han ofrecido y el 54.1% porque no se sentía en riesgo de tener VIH.

Voetsch, Balaji, Heffelfinger, Miller y Branson (2007) realizaron una encuesta a nivel nacional sobre las conductas sexuales de riesgo en los jóvenes y determinaron la proporción de jóvenes que se realizan la prueba de VIH. Los participantes fueron estudiantes de preparatoria de escuelas públicas y privadas de Estados Unidos. Los autores encontraron que las mujeres se realizan la prueba de VIH en mayor proporción que los hombres (Mujeres: 49.4% vs. Hombres: 33.4%;  $p < .01$ ).

Jereni y Muula (2008) evaluaron las razones por las que los jóvenes buscan servicios de consejería/información y pruebas de VIH en 106 participantes de entre 15- 20 años. Encontraron que el 68.6% de los jóvenes no se habían realizado la prueba de VIH y que el 31.4% que se realizó la prueba de VIH fue porque había obtenido información reciente de ella, el 22.5% se la realizó por que había presentado alguna enfermedad de transmisión sexual y el 15.5% porque creía que había tenido conductas sexuales de riesgo para infección por VIH.

L. Zhou, Guo, Fan, Tian y B. Zhou (2009) llevaron a cabo un estudio de prevalencia con 540 participantes de una comunidad con alto número de casos de VIH/SIDA de 20 a 65 años en donde se obtuvo como resultado que la principal barrera de los participantes que no se realizaron la prueba de VIH fue el miedo a conocer los resultados (34.3%) y el principal beneficio para aquellos que si se la realizaron fue el haber recibido consejería orientación sobre la prueba de VIH (75.2%).



Bwambale, Salí, Byaruhanga, Kalyango y Karamagi (2008) efectuaron un estudio con el objetivo de aumentar el uso de los servicios de consejería e información y pruebas voluntarias del VIH (AVP) en 708 jóvenes africanos. Los investigadores reportaron que aun y cuando los jóvenes recibieron consejería el 75% no se realizó la prueba de VIH y del 25% que si realizó la prueba de VIH; el 74.3% mencionó que la razón más común para realizarse la prueba fue para conocer su estado de VIH (OR = 12.25, IC 95% = 0.37-0.79,  $p < .05$ ). El resto de los participantes que no se realizó la prueba de VIH admitió estar consciente de la existencia de programas y del sitio donde se realizaba la prueba de VIH, sin embargo, perciben como un obstáculo la confidencialidad de los servicios de salud.

King (2006) realizó un estudio con el objetivo de revisar los factores que influyen en la decisión de realizarse la prueba del VIH en 186 estudiantes universitarios heterosexuales sexualmente activos. La autora reporta que el 59% de los participantes no se había realizado la prueba de VIH y que del 41% que se la realizó, el 17.8% no conocía su estatus ya que no habían regresado a recoger sus resultados. Se indagaron las principales razones para realizarse la prueba de VIH, entre las que destacaron la idea de que podrían estar en riesgo de contraer el VIH (19.5%), seguida por la opción de que su médico se la sugirió (18.2%); asimismo el 23.4% informó haber tenido una experiencia positiva al realizarse la prueba. El 57.1% de éstos se había realizado más de una vez en su vida la prueba de VIH y de éstos el 78% reportó que la primera vez que se la realizaron fue antes de los 21 años. Cabe destacar que el 14.5% de los participantes reportaron tener intenciones de realizarse la prueba en los próximos 3 meses.

Trieu et al. (2008) Elaboraron un estudio con el objetivo de examinar los motivadores y los obstáculos para la obtención de una prueba de VIH en 230 estudiantes universitarios en donde encontraron que el 70.1% de los participantes nunca se había realizado la prueba de VIH, y que de entre los que se la habían realizado la mayoría (62.1%) sólo se la había realizado una vez en la vida. Entre los motivadores más comunes mencionados por los jóvenes para realizarse la prueba de VIH fueron el conocer su estado actual (73.1%), seguido por haber tenido relaciones sexuales (62.7%). Entre las respuestas más frecuentes de los jóvenes que nunca se habían realizado la prueba de VIH para no realizarse la prueba se encontraron el pensar que son bajo riesgo para infectarse con VIH (42%), seguido por el no saber a dónde ir a buscar la prueba (36.3%). Las barreras percibidas por los jóvenes se relacionaron significativamente con la no realización de la prueba de VIH (OR = 0.43, IC 95% = 0.24, 0.80,  $p < .007$ ).

Wit y Adam (2008) realizaron una revisión de la literatura con el objetivo de identificar los factores que puedan obstaculizar o promover la prueba del VIH en la población general obteniendo como resultado que el realizarse la prueba de rutina parece ser un motivo para realizarse la prueba de VIH, así como el haber tenido una conducta sexual de riesgo y mencionan que el temor es un obstáculo para la realización de la prueba.

En síntesis, la mayoría de los estudios anteriores fueron realizados en jóvenes de 15 a 24 años de edad de ambos sexos, mostrando que una alta proporción de jóvenes no se ha realizado la prueba de VIH. Los principales beneficios percibidos por los jóvenes para realizarse la prueba de VIH, que se encontraron en la anterior revisión de literatura fueron el haber recibido

información reciente, información sobre el virus y la prueba de VIH, así como el interés de conocer su estado de salud actual después de haber tenido alguna conducta sexual de riesgo en donde pudieran contraer el virus o alguna enfermedad de transmisión sexual.

Las principales barreras percibidas por los jóvenes que se encontraron para no realizarse la prueba de VIH fueron, el miedo al diagnóstico, resultados y procedimiento para la toma de la prueba, así como desconfianza de los resultados y el personal que la realiza, el no considerarse vulnerable de contraer la enfermedad y no el no saber en dónde pueden realizarse la prueba. Es importante mencionar que en algunos estudios se encontró que las mujeres se realizaron la prueba de VIH en mayor proporción que los hombres. Por otra parte, la mayoría de la literatura se ha enfocado en estudiar los beneficios y barreras percibidos por los jóvenes que, si se han realizado la prueba de VIH, sin indagar cuales son las barreras que perciben quienes no se la han realizado y qué beneficios percibirían si se la realizaran.

Cabe señalar que estos estudios no fueron realizados en población mexicana, por lo que es de especial relevancia conocer cómo es que se comportan estas variables en dicha población.

### **Objetivo general**

Determinar si los beneficios y las barreras percibidas por los jóvenes influyen en su decisión de realizarse la prueba de VIH en una muestra de estudiantes de escuelas técnicas del área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León.

### **Objetivos específicos**

1. Determinar la proporción de jóvenes que se han realizado la prueba de VIH.

2. Describir los beneficios percibidos por los jóvenes para decidir realizarse la prueba de VIH.

3. Describir las barreras percibidas por los jóvenes para decidir realizarse la prueba de VIH.

4. Establecer si existe diferencia entre los beneficios y las barreras percibidas por los jóvenes que si se han realizado la prueba de VIH y de los que no se la han realizado.

5. Establecer la relación que existe entre los beneficios y barreras percibidas por los jóvenes y la decisión para realizarse la prueba de VIH.

### **Hipótesis**

H1: Las mujeres se realizan la prueba de VIH con mayor frecuencia que los hombres.

## **Definición de términos**

Beneficios percibidos por los jóvenes para realizarse la prueba de VIH: Son los resultados positivos percibidos por los jóvenes que favorecen su decisión para la realizarse la prueba de

VIH. Barreras percibidas por los jóvenes para realizarse la prueba de VIH: Son los obstáculos percibidos por los jóvenes que influyen en su decisión para realizarse la prueba de VIH.

Decisión para realizarse la prueba de VIH: Es el proceso cognitivo que lleva al joven a decidir realizarse la prueba de VIH e incluye la intención para realizarse la prueba y el sentimiento de arrepentimiento sobre una conducta de riesgo sexual.

Prueba de VIH: Consiste en el análisis diagnóstico que detecta la presencia de anticuerpos que se han desarrollado en la sangre ante la presencia del VIH.

El género: es cómo se identifica el joven biológicamente, el cual puede ser masculino o femenino.

## Metodología

En este apartado se describe el diseño del estudio, la población, el tipo de muestreo, el tamaño de la muestra, criterios de exclusión, procedimientos de recolección de información, instrumentos de medición, consideraciones éticas para la realización del estudio y el análisis de datos.

**Diseño del estudio.** El diseño del presente estudio fue descriptivo correlacional (Polit & Hungler, 1999; Burns & Grove, 2004). Descriptivo debido a que se describe la proporción de jóvenes que se ha realizado la prueba de VIH, los beneficios y las barreras que estos perciben sobre la misma. Asimismo, fue descriptivo comparativo, ya que se describió si existe una diferencia entre los beneficios y las barreras para realizarse la prueba de VIH entre los jóvenes que se la han realizado y los que no. Correlacional, ya que buscó explorar la asociación que existe entre los beneficios y las barreras percibidos por los jóvenes y su decisión de realizarse la prueba de VIH.

**Población, muestra y muestreo.** La población de interés fue conformada por jóvenes de entre 18 a 24 años de edad, de escuelas técnicas del área Metropolitana de Monterrey, Nuevo León. El muestreo fue de tipo aleatorio estratificado de acuerdo al género. El tamaño de la muestra fue de 153 jóvenes, sin embargo, se estimó una tasa de no repuesta del 50% mediante el programa estadístico nQuery Advisor, para una prueba de regresión lineal múltiple con 3 covariables, con una potencia de 90%, un coeficiente de determinación de .06 y un nivel de significancia de .05, por lo que la muestra final fue de 230 jóvenes.

**Criterios de eliminación.** Jóvenes embarazadas, donadores de sangre y jóvenes casados o en unión libre. Lo cual se valoró por medio de una pregunta filtro durante el reclutamiento de los participantes del estudio.

**Instrumentos de medición.** Para la descripción de los datos de los participantes se utilizó la cédula de identificación que incluyó el código asignado al participante, la edad, el género y estado civil. Los instrumentos utilizados para medir las variables de la presente investigación se encontraban en su forma original en idioma inglés por lo que se procedió a realizar la traducción de los mismos al español por medio del proceso back translation. Se utilizó la técnica mencionada por Burns y Grove (2004) que consiste en traducir los instrumentos del idioma original (inglés) al español por un profesional del área de la salud bilingüe cuyo idioma nativo sea el español, para después ser de nuevo traducidos al idioma inglés por un traductor profesional cuyo idioma nativo sea el inglés, para posteriormente comparar ambas versiones y verificar si las preguntas presentan consistencia conservando el mismo sentido y significado. A continuación, se presentan dichas escalas.

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 evalúa aspectos de la prueba de VIH, consta de 10 preguntas, un ejemplo de pregunta es: ¿Por qué te realizaste la prueba de VIH/SIDA?, con opción de respuesta de tipo categórica, un ejemplo de respuesta es 1= Pensé estar en riesgo, 2= Porque mi doctor me lo sugirió, 3=Para asegurar un trabajo, 4=Porque fue un requisito para obtener mi cartilla militar, 5=Mi pareja me sugirió hacerme la prueba, 6=Porque tengo o tenía

planes de casarme, 7=No lo sé, que se interpretaron de manera individual. Esta escala no cuenta con datos disponibles de confiabilidad.

Los beneficios percibidos por los jóvenes para realizarse la prueba de VIH se valoraron por medio de la escala de Beneficios de la prueba de VIH desarrollada por Rotherum-Borus et al. (2001), que examina la percepción de los jóvenes encuestados sobre los beneficios que percibieron o percibirían a realizarse la prueba de VIH (Historia). El instrumento consta de 9 preguntas, un ejemplo de pregunta es ¿Conocer el estado serológico me ayudará a vivir más tiempo? Con opciones de respuesta tipo likert que van de 1=totalmente en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo, la puntuación final se obtuvo mediante el promedio total del instrumento con un puntaje mínimo de 9 y un máximo de 45, donde una mayor puntuación refleja mayores beneficios percibidos por los jóvenes para la prueba de VIH. El instrumento cuenta con un coeficiente de confiabilidad aceptable, alpha de Cronbach de 0.88.

Las barreras percibidas por los jóvenes para realizarse la prueba de VIH se evaluaron por medio de dos escalas. La Escala de Creencias de Barreras de la Prueba de VIH desarrollada en el 2006 por King y La Escala de Barreras para la Prueba de VIH desarrollada en el 2004 por Award, G., Sagrestano, L., Kittleson, M. y Sarvela, P. .

La Escala de Creencias de Barreras de la Prueba de VIH (King, 2006) examina las creencias personales sobre las barreras hacia la prueba de VIH, consta de 14 reactivos, un ejemplo de reactivo es: me temo que los resultados de la prueba de VIH podrían afectar mis relaciones personales. La cual cuenta con opciones de respuesta de tipo Likert de 5 puntos que van de 1= totalmente en desacuerdo a 5=



totalmente de acuerdo, con una puntuación mínima de 14 y máxima de 70, obtenida mediante el promedio del instrumento que refleja que a mayor puntuación mayores barreras percibidas hacia la prueba de VIH. El instrumento cuenta con un alpha de Cronbach de 0.77.

La Escala de Barreras para la Prueba de VIH (Award et al., 2004), examina las barreras percibidas para realizarse la prueba de VIH, consta de 13 reactivos, un ejemplo de reactivo es: No sé a dónde ir para hacerme la prueba de VIH, con opciones de respuestas tipo likert que van de 1=totalmente en desacuerdo a 5=totalmente de acuerdo. La puntuación se obtuvo con el promedio total de la encuesta con un mínimo de 13 y un máximo de 65, donde una mayor puntuación refleja mayor percepción de obstáculos hacia la prueba de VIH. El instrumento mostró una confiabilidad aceptable con un alpha de Cronbach 0.90.

**Procedimiento de recolección de información.** Previo al inicio del levantamiento de datos, se obtuvo la autorización de las comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL y de los directivos de las escuelas en donde se realizó el estudio. Una vez obtenidos los permisos pertinentes de cada institución, se procedió a seleccionar las escuelas técnicas del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, posteriormente se solicitaron las listas actualizadas de los grupos por semestre y turno de los alumnos inscritos en el período Agosto-Diciembre 2011, una vez obtenida dicha información se calculó la proporción de estudiantes necesaria por sexo, mediante el programa de Excel, posterior a ser seleccionados e identificados los participantes aleatoriamente, se les explicó el objetivo del estudio y se les invitó a participar, si él o la joven aceptaba, se evaluaba si cumplía con los criterios de selección mediante una serie de

preguntas filtro, de ser así, se les proporcionaba el consentimiento informado por escrito en donde se le asignaba un código para su participación.

Una vez que el joven firmo el consentimiento informado, se le pidió su correo electrónico, a donde se le envió el link del cuestionario para que estos lo contestaran desde su hogar o desde el área privada de su preferencia, por medio del portal de SurveyMonkey, en caso de que algún participante no contara con los medios para llenar el cuestionario desde algún otro sitio, se contó con un área asignada por parte de la institución equipada con computadoras portátiles disponibles para el llenado del cuestionario. Una vez enviado el cuestionario, se les dio un período de una semana para responder el cuestionario, en caso de no ser así se les enviaron recordatorios cada 3 días, hasta completar la muestra.

En el portal de SurveyMonkey se desarrolló una plantilla con los instrumentos con sus opciones de respuestas, en donde también se les solicito a los participantes que sus respuestas fueran lo más honestas posibles y que procuraran contestar todas las preguntas del cuestionario, en caso de que algún participante decidiera omitir alguna respuesta, el programa tiene la opción de desactivar la pregunta, sin embargo se les recordó a los jóvenes participantes que las respuestas del cuestionario son completamente confidenciales y que nadie tendría acceso a ellas o sabría quién fue la persona que contestó el cuestionario, además de que la información recolectada sería resguardada en una cuenta en la que sólo el personal responsable del estudio tendría acceso. Al momento de finalizar el llenado del cuestionario los participantes oprimieron el botón de finalizar que desplegó automáticamente una ventana de agradecimiento por su participación. La recolección de los datos estuvo a cargo de la investigadora principal.

**Consideraciones éticas.** El presente estudio se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 1987), que establece los lineamientos y principios generales a los que toda investigación científica debe someterse. Considerando el Título Segundo de Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos con especial énfasis en los siguientes artículos:

En todo momento prevaleció el criterio de respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de los jóvenes participantes (Artículo 13) ya que se manejó la información con especial discreción y no se forzó a los jóvenes a participar. Se entregó a cada uno de los participantes el consentimiento informado por escrito, por parte del investigador, el cual acreditó la participación de los jóvenes en el presente estudio (Artículo 14, Fracción V).

Se contó con el dictamen favorable de las Comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (Artículo 14, Fracción VII) y del titular responsable de las instituciones de los participantes, para posteriormente proceder al envío y aplicación del cuestionario en electrónico a los jóvenes que aceptaron participar (Artículo 14, Fracción VIII); protegiendo en todo momento su privacidad y anonimato, omitiendo su identidad. Los cuales contestaron los cuestionarios en el área privada de su preferencia (Artículo 16).

La presente investigación se considera de riesgo mínimo debido a los aspectos sensitivos que aborda, como la percepción de los jóvenes sobre los beneficios y barreras hacia la prueba de VIH, las intenciones que tienen los mismos para la realización de la prueba de VIH y la realización de la prueba de

VIH (Artículo 17, Fracción II). Se explicó de forma clara y completa la investigación (Artículo 21). Además, se les informó que podían realizar las preguntas que consideren necesarias al correo electrónico que se les proporcionó al momento del reclutamiento en caso de tener alguna duda relacionada con el estudio de investigación. Asimismo, se les comunicó que tenían la completa libertad de retirarse del estudio en el momento que ellos consideren sin afectar su situación académica dentro de la institución (Artículo 21, Fracción VII y Artículo 58, Fracción I). Los resultados obtenidos de la presente investigación no serán utilizados en perjuicio de los participantes (Artículo 58, Fracción II).

**Estrategia de análisis de datos.** Los datos fueron analizados en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 18 para Windows ®. Previo al análisis de los datos se buscó que no existieran valores perdidos o extremos. En el caso de los datos perdidos se utilizó la opción listwise durante el análisis. Se utilizó la estadística descriptiva, como frecuencias y medidas de tendencia central para la descripción de los sujetos de estudio.

Para cumplir con el objetivo 1 que fue determinar la proporción de jóvenes que se han realizado la prueba de VIH se utilizaron frecuencias y porcentajes. En el caso de los objetivos 2 y 3 acerca de describir los beneficios y las barreras percibidos por los jóvenes para realizarse la prueba de VIH se utilizó la estadística descriptiva, así como medias, desviación estándar, mediana y valores mínimos y máximos.

Previo a la utilización de estadística inferencial se exploró si las variables presentaban distribución normal por medio de la prueba Kolmogorov Sminrov con

corrección de Lilliefors para determinar el uso de estadística paramétrica y no paramétrica.

Para el objetivo 4 que consiste en establecer si existe diferencia entre los beneficios y las barreras percibidos por los jóvenes que si se han realizado la prueba de VIH y de los que no se la han realizado; así como para comprobar la hipótesis 1 que se refiere a que las mujeres se realizan en mayor proporción que los hombres la prueba de VIH, para lo que se realizó la prueba t y la U de Mann-Whitney para probar la diferencia en los rangos de los dos grupos.

Para el objetivo 5 que se refiere a establecer la relación entre los beneficios y barreras percibidos por el joven y la decisión de realizarse la prueba de VIH, se utilizó el estadístico de asociación Eta el cual es utilizado cuando existe una variable continua y una variable categórica y la prueba de Correlación de Spearman para dar respuesta a el objetivo. En el caso del objetivo general que es determinar si los beneficios y barreras percibidos por el joven influyen en la decisión de realizarse la prueba de VIH, se utilizó la regresión logística para determinar el efecto de las variables independientes, sobre la variable dependiente.

## Resultados

A continuación, se presentan las características de los participantes, consistencia interna de los instrumentos, prueba de normalidad, estadística descriptiva, proporciones, diferencias y relaciones que existen entre los beneficios y barreras percibidas por los jóvenes y la decisión para realizarse la prueba de VIH.

**Características de los participantes.** La muestra fue de 153 jóvenes de tres escuelas técnicas del área metropolitana de Monterrey. La edad media fue de 21 años (DE = 2.35) y predominó el género masculino (58.8%). El 54.2% de los jóvenes reportaron estar solteros. La mayoría de estos reportó haber iniciado su vida sexual activa (69.9%), de los cuales el 37.9 % inicio su vida sexual antes de los 19 años (ver tabla 1).

Tabla 1.  
*Características de los participantes*

	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Genero</b>		
Femenino	63	41.2
Masculino	90	58.8
<b>Estado civil</b>		
Soltero (a)	83	54.2
Relación de noviazgo	11	7.2
Empezando una relación	33	21.2
No	46	30.1

n=153

**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 alfa de Cronbach para la Escala de Beneficios para la Prueba de VIH, Escala de Creencias sobre las Barreras de la Prueba del VIH y Escala de Barreras para la Prueba del VIH; los cuales presentaron coeficientes de confiabilidad aceptables (Polit & Hungler, 1999).

Tabla 2  
Consistencia interna de los instrumentos

Instrumentos	No. De reactivos	Alpha de Cronbach
Escala de beneficios para la Prueba de VIH	9	.84
Escala de Creencias sobre las Barreras de la Prueba VIH	10	.80
Escala de Barreras para la Prueba del VIH	14	.86

**Prueba de normalidad.** Previo al análisis de datos se exploró si las variables de estudio presentaban distribución normal por medio de la prueba de Kolmogorov Sminrov con corrección de Lilliefors. Los resultados de dicha prueba muestran que solo la escala de beneficios para realizarse la prueba de VIH no presentó una distribución normal ( $D_a = .287$ ,  $p < .001$ ) a diferencia de lo que mostró la escala de Creencias sobre las Barreras de la Prueba del VIH ( $D_a = .118$ ,  $p < .200$ ) y la Escala de Barreras para la Prueba del VIH ( $D_a = .158$ ,  $p < .200$ ).

Proporción de jóvenes que se han realizado la prueba de VIH

Para cumplir con el objetivo 1 que consistió en determinar la proporción de jóvenes que se han realizado la prueba de VIH se utilizaron frecuencias y porcentajes. Se encontró que el 86.3% de los jóvenes no se ha realizado la prueba de VIH, y de aquellos que reportaron realizársela la mayoría fue porque su doctor se lo sugirió (23.8%). En general reportaron haber tenido una buena experiencia (52.4%) al realizarse la prueba. La mayoría se la realizó en una institución privada (38.1%), se indagó si tenían la intención de realizarse la prueba de VIH en los próximos 3 meses y solo el 17% mencionó que era muy probable (Tabla 3).

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

	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Prueba de VIH/SIDA</b>		
No	132	86.3
Si	21	13.7
<b>Obtuvieron resultados</b>		
No	3	14.0
Si	17	81.0
No contesto	1	5.0
<b>Razón por la que se realizaron la prueba de VIH</b>		
Pensé estar en riesgo	2	9.5
Porque mi doctor me lo sugirió	5	23.8
Para asegurar un trabajo	5	23.8
Porque fue un requisito para obtener mi cartilla militar	2	9.5
Otras razones	7	33.3
<b>Experiencia de la prueba de VIH</b>		
Buena	11	52.4
Neutral (indiferente)	10	47.6

Continúa...



Prueba de VIH/SIDA	<i>n</i>	%
<b>Número de pruebas de VIH/SIDA realizadas</b>		
1 vez	18	52.4
2 veces	3	47.6
<b>Lugar donde se realizaron la prueba de VIH</b>		
Institución pública	5	23.8
Clínica de salud de mi escuela	1	.7
Médico privado	8	5.2
Hospital	7	4.6
<b>Intenciones de realizarse la prueba de VIH</b>		
Muy improbable	26	17.0
Improbable	38	24.8
Indeciso (ni probable, ni improbable)	56	36.6
Muy probable	9	5.9
Probable	24	15.7

En la tabla 4, se presenta la estadística descriptiva para los variables beneficios y barreras de los jóvenes para realizarse la prueba de VIH.

Tabla 4

*Estadística descriptiva de los benéficos y barreras de los jóvenes para realizarse la prueba de VIH*

Variables	Media	DE	Min	Max
Beneficios de la prueba de VIH	88.88	13.63	0	100
Creencias sobre las barreras de la prueba del VIH	50.00	16.89	10.71	94.64
Barreras para la prueba del VIH	38.46	18.99	0	92.31

Nota= DE= Desviación Estándar; Min= Mínimo; Máx=Máximo

**Beneficios percibidos para realizarse la prueba de VIH.** En relación al objetivos 2 acerca de describir los beneficios percibidas por los jóvenes para realizarse la prueba de VIH. Se encontró en la escala de Beneficios para la pruebas de VIH (tabla 5) que el 53.3% de los jóvenes mencionó estar totalmente de acuerdo en que el saber si tiene VIH podría ayudarles a vivir más tiempo, les gustaría saber si su pareja estuviera infectada con VIH (81.3%) y que la gente debería hacerse la prueba de VIH porque si se detecta a tiempo hay mayores

Tabla 5  
*Estadística descriptiva de beneficios de los jóvenes para realizarse la prueba de VIH*

	<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>
La prueba de VIH debe ser un examen médico que se ofrezca rutinariamente	2	1.3	5	3.3	12	7.9	60	39.5	73	48.0
Saber si tengo VIH podría ayudarme a vivir más tiempo	6	3.9	3	2.0	9	12.5	43	28.3	81	53.3
La gente quiere tener la posibilidad de que sus parejas se hagan la prueba de VIH	1	.7	1	.7	12	7.9	67	44.4	70	46.4
Si mi pareja estuviera infectado (a) con el VIH me gustaría saberlo	2	1.3	0	.0	3	2.0	23	15.3	122	81.3
Si estuviera infecto con VIH me gustaría decirle a mi pareja	2	1.3	1	.7	9	5.9	23	15.1	117	77.0

*Continúa...*

	<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>
Después de que las personas obtiene un resultado positivo de la prueba de VIH deben ser aconsejados para ir con un medico	2	1.3	1	.7	3	2.0	32	21.1	114	75.0
La prueba de VIH me ayudaría a sentirme mejor acerca de mi salud	4	2.6	4	2.6	16	10.5	47	30.9	81	53.3
La gente debería hacerse la prueba del VIH porque si se detecta a tiempo hay mayores posibilidades de sobrevivir	4	2.26	4	2.26	7	4.6	37	24.3	100	65.8

Nota: TD = Totalmente en Desacuerdo; D = En desacuerdo; I = Indeciso (ni en desacuerdo, ni de acuerdo); A = De acuerdo; TA = Totalmente de acuerdo

**Barreras percibidas para realizarse la prueba de VIH.** En relación al objetivo 3 acerca de describir las barreras percibidas por los jóvenes para realizarse la prueba de VIH. Se encontró en la escala de creencias de la prueba de VIH los jóvenes mencionaron estar totalmente de acuerdo que puedan ser discriminados si resultan VIH positivo (26.1%), que el saber los resultados de la prueba de VIH sería demasiado estresante (24.2%) y el 44.1% creer que están conscientes de que su estado de VIH es negativo (tabla 6).

Tabla 6  
*Estadística descriptiva de creencias sobre las barreras de los jóvenes para realizarse la prueba de VIH*

	TD		D		I		A		TA	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Tengo miedo de que los resultados de la prueba puedan afectar mis relaciones personales	16	10.5	23	15.0	19	12.4	62	40.5	33	21.6
Tengo miedo de que la pueda ser discriminado si resulto VIH positivo	17	11.1	15	9.8	25	16.3	56	36.6	40	26.1
La gente que me rodea me dejaría si tuviera del SIDA	33	21.9	32	21.2	44	29.1	26	17.2	16	10.6

*Continúa...*

	TD		D		I		A		TA	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Saber los resultados de mi prueba de VIH sería demasiado estresante	16	10.5	18	11.8	37	24.2	45	29.4	37	24.2
Tengo miedo que otros se enteren de mis resultados en la prueba de VIH	20	13.2	30	19.7	32	21.1	48	31.6	22	14.5
Prefiero no saber si tengo el VIH	74	48.7	41	27	18	11.8	13	8.6	6	3.9
Me da mucha vergüenza ir a que me hagan la prueba de VIH	9	32.0	36	23.5	27	17.6	31	20.3	10	6.5
Yo no practico el sexo seguro, así que no necesito hacerme la prueba de VIH	25	16.6	29	19.2	33	21.9	39	25.8	25	16.3
Yo no estoy en grupo de alto riesgo por lo que no he estado expuesto al VIH	24	15.7	22	14.4	45	29.4	31	20.3	31	20.3

Nota: TD = Totalmente en Desacuerdo; D = En desacuerdo; I = Indeciso (ni en desacuerdo, ni de acuerdo); A = De acuerdo; TA = Totalmente de acuerdo

En la escala de barreras de la prueba de VIH el 20.4% menciono estar totalmente de acuerdo de no saber a dónde ir para hacerse la prueba de VIH, el 15.2% estar preocupado de los resultados de la prueba no sean confidenciales y el

17.3 tener miedo de perder a su pareja si alguien se entera de los resultados de su prueba de VIH (tabla 7).

Tabla 7  
 Estadística descriptiva de barreras de los jóvenes para realizarse la prueba VIH

	TD		D		I		A		TA	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
No me puedo transportador al lugar donde se hace la prueba de VIH	42	27.8	46	30.5	44	20.1	14	19.3	5	3.3
No sé a dónde ir para hacerme la prueba de VIH	30	19.7	29	19.1	29	19.1	33	21.7	31	20.4
No tengo suficiente tiempo para hacerme la prueba de VIH	43	27.1	42	27.5	32	20.9	20	21.7	16	10.5
El lugar donde se realiza la prueba de VIH es demasiado lejos	34	22.5	35	23.2	70	46.4	8	5.3	4	2.6
No me agrada la gente que está en el lugar donde se realiza la prueba de VIH	47	30.9	39	25.7	56	36.8	7	4.6	3	2.0

*Continúa...*



	TD		D		I		A		TA	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Estoy preocupado de que los resultados de la prueba de VIH no sean confidenciales	29	19.2	31	20.5	33	21.9	35	23.2	23	15.2
Puede ser que alguien me reconozca en lugar donde se hace la prueba de VIH	38	25.2	33	21.9	34	22.5	33	21.9	13	8.6
No tiene caso hacerse la prueba de VIH porque no hay cura para el SIDA	80	52.3	38	24.8	21	15.7	7	4.6	4	2.6
No tiene caso hacerse la prueba de VIH porque no puedo pagar el tratamiento para el SIDA	60	40	32	21.3	29	19.3	19	12.87	10	6.7

*Continúa...*

	TD		D		I		A		TA	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
No quiero saber los resultados de la prueba de VIH	69	45.4	48	31.6	23	15.1	8	5.3	4	2.6
Tengo miedo de perder mi trabajo, si alguien se entera de los resultados de mi prueba de VIH	40	26.1	29	19	32	20.9	36	23.5	16	10.5

Nota: TD = Totalmente en Desacuerdo; D = En desacuerdo; I = Indeciso (ni en desacuerdo, ni de acuerdo); A = De acuerdo; TA = Totalmente de acuerdo

**Diferencia entre los beneficios y las barreras percibidas.** Para el objetivo 4, que consistió en establecer si existía diferencia entre los beneficios y las barreras percibidos de los jóvenes que si se han realizado la prueba de VIH y de los que no se la han realizado. Se utilizó la prueba de U de Mann Whitney para probar la diferencia en los rangos entre los beneficios y barreras de realizarse de la prueba de VIH como se muestra en la tabla 8. En donde se puede apreciar que se encontró una diferencia significativa en las barreras para la prueba de VIH los que tenían más barreras fueron los que no se han realizado la prueba. No se encontraron diferencias significativas entre las variables de beneficios para la prueba de VIH y creencias sobre las barreras de la prueba del VIH.

Tabla 8 Prueba U de Mann-Withney para probar la diferencia entre los beneficios y barreras de realizarse la prueba de VIH

Tabla 8

Prueba U de Mann-Withney para probar la diferencia entre los beneficios y barreras de realizarse la prueba de VIH

Variable	Se realizó la prueba de VIH	n	Rango promedio	U	p
Beneficios para la prueba de VIH	Si	20	92.15	1007.00	.086
	No	132	74.13		
Creencias sobre las barreras de la prueba de VIH	Si	21	70.17	1242.50	.466
	No	132	78.09		
Barreras para la prueba de VIH	Si	21	48317	792.00	.002
	No	132	81.50		

Nota: U = U de Mann-Whitney

En cuanto a las intenciones que mencionaron los jóvenes de realizarse la prueba de VIH en los próximos 3 meses se observa en la tabla 9 que no se encontraron diferencias significativas entre los beneficios para la prueba de VIH, las creencias sobre las barreras de la prueba del VIH y las barreras para la prueba del VIH.

Tabla 9

Prueba Kruskal-Walis para probar la diferencia entre los grupos de acuerdo a la intención de realizarse la prueba de VIH

	Muy probable	Improbable	Indeciso	Probable	Muy improbable	X <sup>2</sup>
Beneficios para la prueba de VIH	73.02	70.26	73.69	78.67	69.74	6.106

*Continúa...*

	Muy probable	Improbable	Indeciso	Probable	Muy improbable	X <sup>2</sup>
Creencias sobre las barreras de la prueba del VIH	78.50	77.34	82.38	83.28	59.94	4.602
Barreras para la prueba del VIH	82.98	68.00	76.70	93.22	79.40	3.324

Nota: Nota: X<sup>2</sup> = Chi cuadrada

**Relación entre los beneficios y barreras percibidas.** Para cumplir con el objetivo 5, que refiere establecer la relación entre los beneficios y barreras percibidos por el joven y la decisión de realizarse la prueba de VIH. Se utilizó el estadístico Eta y se encontró que solo los beneficios percibidos por los jóvenes se asociaron con su decisión de realizarse la prueba de VIH (ver tabla 10).

Tabla 10  
Relación de los beneficios y barreras sobre la decisión de realizarse la prueba de VIH

	Eta	p
Beneficios para la prueba de VIH	.355	.026
Creencias sobre las barreras de la prueba del VIH	.605	.085
Barreras para la prueba del VIH	.50	.247

Nota: Eta = coeficiente de asociación entre variables nominales y de intervalo

En la tabla 11, se observa la relación entre las intenciones que tienen los jóvenes para realizarse la prueba de VIH en los próximos 3 meses y los beneficios

para la prueba de VIH, creencias sobre las barreras de la prueba del VIH y barreras para la prueba del VIH. En donde se encontró que existe una alta correlación entre los beneficios para la prueba de VIH, las creencias sobre las barreras de la prueba del VIH y la decisión de realizarse la prueba de VIH, así como entre las creencias sobre las barreras de la prueba del VIH y la decisión de realizarse la prueba de VIH.

Tabla 11  
Correlación de Spearman entre las intenciones de realizarse la prueba de VIH y los beneficios y barreras para la prueba de VIH

	BEPVIH	BACPVIH	BAPVIH	DRPVIH	IRPVIH
BEPVIH	1				
BACPVIH	-.021	1			
BAPVIH	-.082	.488**	1		
DRPVIH	.140	-.062	-.256	1	
IRPVIH	.179*	-.127	.073	.071	1

Nota: BEPVIH = Beneficios para la prueba de VIH; BACPVIH = Creencias sobre las Barreras de la Prueba del VIH; BAPVIH = Barreras para la Prueba del VIH; DRPVIH = Decisión de realizarse la prueba de VIH; IRPVIH = Intenciones de Realizarse el prueba de VIH en los próximos 3 meses. \*p < .05; \*\*p < .001.

**Prueba de hipótesis.** Respecto a la hipótesis 1 que refiere que las mujeres se realizan la prueba en mayor porcentaje respecto a los hombres, se realizó un análisis de tablas de contingencia. Los resultados entre los grupos mostraron que no existió diferencia significativa ( $t = -.642$ ,  $p = .522$ ) (ver tabla 12)

Tabla 12  
Intenciones para realizarse la prueba de VIH de acuerdo al género

	Sexo	Media	DE	t	p
Realización de la prueba de VIH	Femenino	1.84	.368	-.642	.522
	Masculino	1.88	.329		
Intenciones para realizarse la prueba de VIH	Femenino	2.54	1.242	-2.036	.043
	Masculino	2.96	1.244		

Nota: DE = Desviación Estándar; t = Prueba t

**Análisis de regresión.** En el objetivo general que fue determinar si los beneficios y barreras percibidos por el joven influyen en la decisión de realizarse la prueba de VIH. Se utilizó una regresión logística. Respecto al modelo (beneficios y barreras percibidos por los jóvenes que influyen en la decisión de realizarse la prueba de VIH) se encontró que en general fue significativo ( $\chi^2 = 11.275$ ,  $gl = 3$ ,  $p < .01$ ) con una varianza explicada del 13% (tabla 13). Se identificó que la variable barreras para la prueba del VIH influye en la decisión para realizarse la prueba de VIH ( $\beta = .056$  y  $Wald = .9.340$ ,  $p = .002$ ); específicamente por cada unidad de aumento en la desviación estándar de las barreras, la decisión de realizarse la prueba de VIH disminuye .056 veces.

Tabla 13

*Regresión logística de beneficios y barreras percibidas para realizarse la prueba de VIH*

Modelos	X2	gl	p	R2	
Regresión logística	11.275	3	.01	.132	
VARIABLES	B	Error estándar	Wald	p	Exp( $\beta$ )
Beneficios para la prueba de VIH	.001	.019	.001	.971	1.001
Creencias sobre las barreras de la prueba de VIH	-.016	.017	.900	.343	.984
Barreras para la prueba del VIH	.056	.017	9.340	.002	1.053

n = 153.

Nota: Nota: R 2 = Nagelkerke R Square; Variable Dependiente= Intenciones de realizarse la prueba de VIH en los próximos 3 meses.

En base a esto podemos decir que, por cada desviación estándar en la variable barreras para la prueba de VIH, la probabilidad de que los jóvenes se realicen la prueba de VIH disminuye .017 veces.

En el caso de las intenciones se corrió un modelo de regresión múltiple; en donde las intenciones para realizarse la prueba de VIH fue la variable dependiente y los beneficios para la prueba de VIH, las creencias sobre las barreras de la prueba del VIH y la decisión de realizarse la prueba de VIH como variable independiente. Este modelo no fue significativo (ver tabla 14).



Tabla 14

*Regresión lineal múltiple de las intenciones para realizarse la prueba de VIH*

	B	Error estándar	Beta	p
Beneficios para la prueba de VIH	.009	.007	.097	.002
Creencias sobre las barreras de la prueba del VIH	-.011	.007	-.151	.123
Barreras para la prueba del VIH	.006	.006	.090	.357

n = 153

Nota: Variable Dependiente= Intenciones de realizarse la prueba de VIH en los próximos 3 meses.

## Discusión

El propósito del presente estudio fue examinar los beneficios y barreras percibidas por los jóvenes para realizarse la prueba de VIH en una muestra de 153 jóvenes escolarizados con en base el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender. A continuación, se discuten los resultados.

De acuerdo al perfil de los participantes del estudio se encontró una mayor proporción de hombres que de mujeres. Es probable que la proporción de los participantes se encuentre relacionada con el tipo de instituciones seleccionadas para la realización del estudio ya que se imparten carreras técnicas con mayor énfasis al sexo masculino.

En cuanto a la realización de la prueba de VIH se encontró que la mayoría de los jóvenes no se han realizado la prueba, tal como reportan en su estudio Delva et al. (2008) los cuales realizaron un estudio sobre la realización de la prueba y los predictores de la misma en donde encontraron que el 94% de los jóvenes no se han realizado la prueba de VIH. Peralta, Griffin, Hipszer y Ghalib (2007) los cuales encontraron que el 70.5% de los jóvenes no se había realizado la prueba de VIH; Jereni y Muula (2008) reportaron que el 68.6% no se realizaron la prueba de VIH; Bwambale, Salí, Byaruhanga, Kalyango y Karamagi (2008) encontraron que un 75% no se la ha realizado. King (2006) con el objetivo de revisar los factores que influyen en la prueba de VIH encontraron que el 59% de los jóvenes no se la ha realizado al igual que Trieu et al. (2008) que encontraron que el 70% de los jóvenes no se ha realizado la prueba. Lo que puede estar relacionado con el sentimiento de invulnerabilidad que presentan los jóvenes en esta etapa de la vida y que pudiera explicar las decisiones que toman con respecto a su sexualidad.

Tal como menciona Delva et al. (2008) en su estudio, la mayoría de los jóvenes solo se han realizado la prueba de VIH una vez, tal como se muestra en el presente estudio, lo cual pudiera suponer que los jóvenes al recibir un resultado negativo pueden llegar a considerar innecesario realizarse la prueba.

Un dato importante de este estudio son las principales razones que reportan los jóvenes para realizarse la prueba de VIH. Entre las que se destacan: pensar que la prueba de VIH debería ser un examen médico de rutina, que todas las personas deberían realizárselo, así como mencionaron que el saber si tienen VIH podría ayudarles a vivir más tiempo, a su vez refirieron que les gustaría saber e informar a su pareja si estuvieran contagiados del VIH, lo anterior coincide con King (2006), quien reportó en su estudio similitudes en las observaciones de sus participantes. Probablemente esto pueda deberse a que estos jóvenes perciben como un factor protección la realización de la prueba de VIH por lo que no consideren los costos como un obstáculo para realizar una acción que les ayude a mantener su salud.

Se encontró que un factor importante que influye en la decisión de los jóvenes para realizarse la prueba de VIH es el miedo, tal como se reporta en la mayoría de los estudios relacionados, lo cual pudiera estar relacionado con la discriminación que sufren las personas que padecen esta enfermedad por parte de la sociedad (amigos y familia). Lo que a su vez pudiera relacionarse con el estrés de obtener en los resultados.

Los jóvenes consideran saber su estado de VIH y no estar expuestos a este virus; ya que mencionan realizar prácticas sexuales seguras como el haber tenido solo una pareja sexual, esto pudiera relacionarse con la etapa de la vida en la que se encuentran, ya que es muy común el sentimiento de invulnerabilidad que

presentan, donde no se consideran expuestos a riesgos, aunado a las opiniones de sus iguales, las cuales son de especial relevancia (amigos, pareja), ya que influyen en ellos de manera positiva o negativa en sus decisiones.

Otros factores que se encontraron y que influyen en la decisión de realizarse la prueba, fue la accesibilidad a ésta, en la cual incluye costos, tiempos, ubicación y personal que la realiza. Lo anterior puede relacionarse con lo mencionado en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender donde las barreras percibidas reales o imaginarias por los jóvenes influyen en los resultados para realizar una conducta promotora de salud (como el realizarse la prueba de VIH) considerándolo como un predictor de la conducta que en este caso influye negativamente en las intenciones y la realización de la prueba, lugares, costos, tiempos y personal que la realiza la prueba así como los pasos que deberían seguir, pueden estar siendo percibidos como motivadores negativos para realizarse la prueba de VIH.

Se encontraron diferencias significativas en la escala de Beneficios y Barreras para la prueba de VIH, entre los que si se realizaron la prueba de VIH y los que no se la realizaron, una probable explicación a estos resultados podría ser que los jóvenes que se han realizado la prueba VIH perciben menos barreras debido a que conocen el procedimiento ya que se han realizado esta acción con anterioridad, funge como un predictor de la conducta que influye positivamente en el futuro ayudándolo a percibir mayores beneficios motivadores para tener mayores intenciones de realizarse la prueba en los próximos 3 meses.

En función al género se observó que no existe una diferencia significativa entre los grupos de hombres y mujeres, lo que nos demuestra que estos se realizan

la prueba de VIH en igual proporción. Lo anterior difiere de lo mencionado por Voetsch, Balaji, Heffelfinger, Miller y Branson (2007) quienes mencionan que las mujeres se realizan en mayor proporción la prueba de VIH que los hombres lo que puede deberse al tipo de población donde se llevó a cabo el estudio los cuales cuentan con aspectos culturales y sociales distintos. Es importante mencionar que se encontró que las mujeres tenían mayores intenciones de realizarse la prueba en comparación con los hombres, lo cual puede deberse a que los hombres son más propensos a considerarse invulnerables a los problemas. Sin embargo, en general no hay que olvidar que los datos nos indican que la cantidad de jóvenes que presentan dichas intenciones no es muy grande, por lo que se puede suponer que los estudiantes de esta muestra no están muy motivados a realizarse la prueba de VIH por su propia voluntad.

## Conclusiones

La mayoría de los jóvenes reportaron estar solteros y haber iniciado su vida sexual activa, antes de los 19 años.

Se determinó que la mayoría de los jóvenes no se han realizado la prueba de VIH y solo un mínimo de éstos lo hizo porque consideró estar en riesgo; sin embargo, existe una proporción de jóvenes que mencionaron tener intenciones de realizarse la prueba en los próximos 3 meses. De los que se han realizado la prueba de VIH solo lo han hecho 1 vez en su vida

Se encontró que la mayoría de los jóvenes piensa que la prueba de VIH debería ser un examen médico de rutina y que todas las personas deberían realizársela, ya que el saber si tienen VIH podría ayudarles a vivir más tiempo, por lo que les gustaría saber y al mismo tiempo decirle a su pareja si tienen VIH, además de pensar que al obtener resultados positivos deberían acudir a su médico, descartando el que no tiene caso hacerse la prueba de VIH porque no hay cura para el SIDA o el que no puede pagar el tratamiento.

Un factor importante es el miedo, ya que temen que el resultado de la prueba pudiera afectar a sus relaciones personales o pudieran ser discriminados (trabajo, amigos y familia); por lo que consideran el saber como algo sumamente estresante. Sin embargo, la mayoría prefieren saber si tiene VIH, aunque no consideran tenerlo o estar expuestos a este; ya que practican el sexo seguro o solo ha tenido una pareja sexual; a diferencia del miedo de perder su trabajo o pareja el cual reportan no es relevante.

Otro factor que resultó significativo fue la accesibilidad hacia la prueba de VIH ya que consideran que es demasiado costosa o no saben a dónde dirigirse para realizársela, así como que no cuentan con el suficiente tiempo, o se encuentran, indecisos sobre el lugar donde realizarse la prueba de VIH es demasiado lejos o que no les agradara el personal que se encarga de realizar las pruebas.

Se encontraron diferencias significativas entre los que se realizaron la prueba y entre los que no en la escala de Barreras para la prueba de VIH. Los beneficios percibidos por los jóvenes se asociaron con su decisión de realizarse la prueba de VIH. Se

Observó que no existe una diferencia significativa entre los grupos de hombres y mujeres, lo que nos demuestra que estos se realizan la prueba de VIH en igual proporción.

### **Recomendaciones**

Para futuros estudios se recomienda seguir estudiando estas variables en adolescentes no escolarizados, ya que estos probablemente mostrarían resultados distintos debido a que se encuentran en mayor peligro de realizar conductas de riesgo lo que los hace más vulnerables.

Dado que no se encontraron estudios previos, similares en nuestro país sería de gran relevancia realizar estudios con estas variables de tipo cualitativos para explorar mejor el fenómeno desde el punto de vista de jóvenes mexicanos, ya que esto además ayudaría a complementar los datos obtenidos en el presente estudio.

Se recomienda seguir implementando el uso de plataformas en internet como el SurveyMonkey, ya que estas permiten una mayor confiabilidad en las

respuestas brindadas por los participantes, sin embargo, se sugiere a su vez contar con el material necesario para hacerlo como: son los equipos de cómputo equipados para contestar la encuesta en caso de que los jóvenes no cuenten con algún lugar para contestar.

Realizar intervenciones enfocadas a jóvenes mexicanos, que promuevan la sexualidad responsable y que fomenten la realización de la prueba de VIH como estrategia de prevención y protección, no solo hacia ellos sino también hacia sus seres queridos ya que, si se protegen a sí mismos, también protegen a los que los rodean.



## Referencias

Alba et al. (2006). El VIH/SIDA en la adolescencia, Cuba, 1987 hasta abril 2004: un enfoque epidemiológico. *Rev Cubana Med Trop* [online], 58(3).

Award, G. H., Sagrestano, L., Kittleson, M., & Sarvela, P. (2004). Development of a Measure of Barriers to HIV Testing Among Individuals at High Risk. *AIDS Education and Prevention*. 16(2), 115-125.

Bandura, A. (1997). *Social Learning Theory*. Prentice – Hall: Englewood Cliffs, N.J.

Barragán, V., Berenzon, S., Tiburcio, M., Bustos, M., & Villatoro, J. (2019). Factors Associated with Sexual Debut in Mexican Adolescents: Results of the National Survey on Drug Use among Students in 2014. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(3), 418–426. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.01.008>

Burns, N. & Grove, S.K. (2004). *Investigación en enfermería* (3ª ed.). Madrid, España: Elseiver.

Buunk, B., Bakker, A., Siero, F., van den Eijnden, R. (1998). Predictors of AIDS preventative behavioral intentions among adult heterosexuals at risk for HIV infection: Extending current models and measures. *AIDS Education and Prevention*, 10(2), 149-172.

Bwambale, F., Ssali, S., Byaruhanga, S., Kalyango J., & Karamagi, C. (2008). Voluntary HIV counseling and testing among men in rural western. *BMC Health Services Research*, 8, 263. doi:10.1186/1471-2458/8/263

Centro para el Control y Prevención de Enfermedades [CDC]. (2007). Informe de Vigilancia de VIH/SIDA. Departamento de Salud y Servicios Humanos del CDC de Estados Unidos. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports>.

Consejo Estatal para la prevención y control del VIH/SIDA [COESIDA]. (2010). COESIDA Nuevo León. Recuperado de: [www.aids-sida.org/coesidas.html](http://www.aids-sida.org/coesidas.html).

Consejo Nacional de Población [CONAPO]. (2009). México en Cifras. Salud sexual y reproductiva. [http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=67&Itemid=197](http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=67&Itemid=197)

De Salud, S. (2024.). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH. [gob.mx. https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/sistema-de-vigilancia-epidemiologica-de-vih](https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/sistema-de-vigilancia-epidemiologica-de-vih)

Feather, N (1982). Expectations Pricing Model of Human Motivation. Contemporary Psychology. México, Mc Graw Hill.

García, R., Cortés, A., Vila, L., Hernández, M. & Mesquia, A. (2006). Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. Revista Cubana, 22(1).

Givaudan, M., Poortinga, Y.H. & Van de Vijver, F. (2005). Identifying precursors of safer-sex practices in Mexican adolescents with and without sexual experience: An exploratory model. Journal of Applied Social Psychology, 35, 1089-1109.

Hiv.Gov. (2024, August 12). HIV and AIDS Epidemic Global Overview. HIV.gov. <https://www.hiv.gov/federal-response/pepfar-global-aids/global-hiv-aids-overview>

HIV/AIDS data hub for the Asia Pacific. (n.d.). HIV/AIDS Data Hub for the Asia Pacific. <https://www.aidsdatahub.org/resource/path-ends-aids-2023-un aids-global-aids-update>

HIV/AIDS surveillance in Europe 2022 (2021 data). (2022, November 30). European Centre for Disease Prevention and Control. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-joint-report-surveillance-2021-data>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e informática [INEGI]. (2005). Indicadores demográficos recuperados el día 16 de mayo 2011. <http://www.inegi.gob.mx>

Jacobs Institute of Women's Health. (n.d.). Why do young people have unprotected sex? Study finds they have multiple reasons. <https://jiwh.publichealth.gwu.edu/news/why-do-young-people-have-unprotected-sex-study-finds-they-have-multiple-reasons>

Jereni & Muula. (2008). Availability of supplies and motivations for accessing voluntary HIV counseling and testing services in Blantyre, Malawi. *BMC Health Services Research*, 8, 17. doi: 10.1186/1472-6963-8-17

Joint Infectious Diseases Unit (JID). (2022, November 30). HIV/AIDS surveillance in Europe: 2022 – 2021 data. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058636>

Joint United Nations Program on HIV/AIDS [UNAIDS]. (2010). 2011-2015 Strategy.

Kidman, R., Waidler, J., Palermo, T., Palermo, T., Groppo, V., Kajula, L., De Hoop, J., Prencipe, L., Nkolo, J. W. J. C., Mitti, R., Munanka, B., Luchemba, P., Lukongo, T. M., Mulokozi, A., Gilbert, U., Van Ufford, P. Q., Kirkegaard, R. L., & Eetaama, F. (2020). Uptake of HIV testing among adolescents and associated adolescent-friendly services. *BMC Health Services Research*, 20(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05731-3>

King, A. (2006). Factors influencing the decision to be tested for HIV among heterosexual college students (Tesis doctoral). De la base de datos de ProQuest Dissertations and Theses. (UMI No. 3215052)

Maguen, S. & Armistead, L. (2000). Prevalence of unprotected sex and HIV-Antibody testing among gay, lesbian, and bisexual youth. *Journal of Sex Research*, 37(20), 169-174.

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO]. (2004). Cómo puede una persona contraer el VIH. Reportado de:  
[http://portal.unesco.org/education/es/files/37051/11483818605How\\_Infected\\_SPANISH.pdf](http://portal.unesco.org/education/es/files/37051/11483818605How_Infected_SPANISH.pdf)

Organización Mundial de la Salud [OMS], ONUSIDA & El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia [Unicef]. (2007). Recuperado de:  
[http://data.unaids.org/pub/epislides/2007/2007\\_epiupdate\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/epislides/2007/2007_epiupdate_es.pdf)

Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2006). Health promotion in nursing practice (5a. ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.

Polit, D. & Hungler, B. (1999). Investigación Científica en Ciencias de la Salud (6ta. ed.). México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.

Rotherum-Borus, M.J., Mann, T., Newman, P.A., Grusky, O., Frerichs, R.R., Wight, R.G., & Kuklinski, M. (2001). A street intercept survey to assess HIV-testing attitudes and behaviors. *AIDS Education and Prevention*, 13, 229-238.

Secretaria de Salud [SS]. (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>

The state of HIV prevention in Mexico - poster. (n.d.). GPC. <https://hivpreventioncoalition.unaids.org/en/resources/state-hiv-prevention-mexico-poster-0>

Trieu et al. (2008). Factors Associated with the Decision to Obtain an HIV Test among Chinese/Chinese American Community College Women in Northern California. *Californian Journal of Health Promotion*, 6(1), 111-127

UNAIDS. (2024.). El nuevo informe de ONUSIDA muestra que la pandemia de sida puede acabar para 2030, pero solo si los líderes aumentan los recursos y protegen los derechos humanos ahora. [https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2024/july/20240722\\_global-aids-update](https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2024/july/20240722_global-aids-update)

UNAIDS. (2024.). Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

Voetsch, Balaji, Heffelfinger, Miller, Branson. (2007). HIV testing among high school students-United States, 2007. *MMWR*, 58(24).

Wit, J. & Adam, P. (2008). To test or not to test: psychosocial barriers to HIV testing in high-income countries. *British HIV Association HIV Medicine*, 9(2), 20-22. doi:10.1111/j.1468-1293.2008.00586x

World Health Organization. (2023, July 22). WHO recommends optimizing HIV testing services. WHO. <https://www.who.int/news/item/22-07-2023-who-recommends-optimizing-hiv-testing-services>

## ***CAPÍTULO 5***

### **COMUNICACIÓN Y CREENCIAS DE LOS PADRES SOBRE TEMAS SEXUALES EN ADOLESCENTES**

*Raquel Alicia Benavides Torres*

*Dora Julia Onofre Rodríguez*

*Jesús Antonio Garza Robles*

*Kerime Patricia Ramos Chapa*

#### **Introducción**

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) constituyen un problema de salud pública con consecuencias y secuelas negativas en las áreas social, psicológica, ética, económica y política. La prevalencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en Norteamérica y América Latina en personas de 15 a 49 años es de 1.0 % (World Health Organization. (n.d.). Prevalence of HIV among adults aged 15 to 49 (%). Global Health Observatory, 2024)

En México, el grupo de 25 a 34 años ha sido el más afectado con el SIDA ya que en este rango a de edad se ha reportado un mayor número de casos. Secretaría de Salud. (2024, 15 de julio). Epidemiología: Registro Nacional de Casos de SIDA. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA).

El SIDA entre personas de 25 a 29 años es el rango de edad con más muertes, seguido de personas de 30 a 34 años (DeSalud 2024). De acuerdo con Los datos anteriores y si se toma en cuenta el tiempo (5 a 11 años) que tarda el virus en presentar una baja en las defensas y hacer notoria la enfermedad, se puede sospechar que muchas de estas personas que padecen el SIDA fueron infectadas en la adolescencia (UNICEF, 2020)

Las infecciones por SIDA entre los adolescentes pueden deberse a que, como parte normal de su desarrollo, tienden a asumir riesgos. Estos comportamientos de riesgo suelen ocurrir principalmente bajo la influencia del alcohol y las drogas, lo que les permite definir y descubrir su identidad (HIV And Adolescents and Young Adults [HIVinfo.NIH.gov, 2024]). Uno de estos riesgos son las conductas sexuales, ya que existe evidencia de que tienen relaciones sexuales sin protección y con múltiples parejas sexuales (Keto et al., 2020). Otro dato preocupante, más de la mayoría de los adolescentes no se consideran en riesgo de embarazarse o embarazar a alguien ni de contraer una ETS o el SIDA (Grubb et al., 2020). La mayoría de las conductas de riesgo sexual de los adolescentes pueden deberse a que no cuentan con la información necesaria para tomar las decisiones más seguras acerca de su comportamiento sexual.



Es por esto, que como para todos los seres humanos, la comunicación en la adolescencia es fundamental ya que constituye un medio para que ellas estén informadas, orientados y resolver dudas propias de la edad. En el caso particular de la comunicación de padres e hijos se ha probado que esta tiene un efecto beneficioso entre los adolescentes. Investigaciones recientes reportaron que a comunicación sexual de padres influye para que los adolescentes lleven a cabo conductas de protección para la salud, como el use del condón desde la primera relación sexual y la abstinencia (Ford et al., 2023)

Estos hallazgos, indican la importancia de la discusión de temas sexuales, sin embargo muchos padres no hablan con sus hijos de estas ternas uno inician esta discusión a: tiempo (Mullis et al., 2020); En un análisis de 26 artículos relacionados con la comunicación de padres, concluye que muchos adultos creen que la comunicación puede producir una variedad de beneficios , incluyendo una reducción en las conductas sexuales de riesgo para la adquisición de ETS incluyendo el Sida; 10 que sugiere que esperan que su comunicación produzca ciertos resultados en sus hijos, esto es expectativas de resultados (Ratnawati et al., 2024); Aunado a esos hallazgos, existe evidencia de que los padres que perciben que la comunicación sexual puede producir una conducta de sexo seguro en sus hijos, se comunican más sobre sexualidad (Lantos et al., 2019). Bandura (1986) postula que las creencias de la persona sobre el resultado de determinada acción y SU capacidad para realizarla con éxito se relacionan con la activación y persistencia de una conducta. De acuerdo con esta afirmación Ahari et al. (2020) refieren que la confianza de los padres en su capacidad para comunicarse de

sexualidad, así como los beneficios percibidos de esta, generan un gran impacto en la transmisión de temas sexuales hacia sus hijos adolescentes.

Los padres son ciertamente los agentes primarios en la socialización de los hijos durante la infancia y la adolescencia, de 141 maneras que constituyen una fuente ir portante para la educación .sobre sexualidad. Con base en 10 anterior los profesionales de enfermería tienen un papel muy importante a favorecer la comunicación padre-hijo. En el case de la comunicación en aspectos de sexualidad es de gran importancia conocer las creencias de los padres acerca de los posibles resultados de esta, así como, de la capacidad que perciben para realizarla. Lo anterior servirá para realizar programas de prevención de ETS y el S IDA más eficaces donde IQS padres puedan reforzar sus conocimientos y habilidades para comunicarse sobre sexualidad, así también para que perciban los beneficios y resultados positivos de la misma, el propósito del presente estudio fue examinar la relación que existe entre la comunicación y las creencias sexuales de padres de adolescentes,

### **Marco Conceptual**

La Teoría del Aprendizaje Social de Bandura (1977) es pertinente para sustentar el presente estudio. Los conceptos que guiaron son expectativas de resultado, autoeficacia y la conducta, Estos conceptos serán descritos a continuación. Bandura (1977) postula que la conducta es adquirida, regulada mediante procesos cognitivos. Para .el autor la motivación se relaciona Con la activación y persistencia de la conducta, la que a su vez se relaciona can procesos cognitivos. Señala como fuentes de motivación para cambios o nuevas conductas a la capacidad de la persona de representar consecuencias futuras, de fijar metas y

la auto evaluación. Estas fuentes le sirven a la persona para evaluar su propio desempeño y actuar en consecuencia,

La capacidad de representar las consecuencias futuras de una determinada conducta constituye lo que Bandura denomina expectativas de resultado. Este concepto se refiere a las creencias de la persona acerca de que una determinada conducta producirá determinados resultados. Cuando una persona realiza una conducta y observa resultados positivos, tendera a repetir esa conducta y a su vez, reforzara la conducción de que puede llevar a cabo la conducta determinada para producir ciertos resultados. La autoeficacia se refiere a la convicción o confianza de la persona de que puede ejecutar con éxito determinada conducta a para producir determinados resultados. Las creencias de las personas acerca de su capacidad, se convierten en los medios mediante los que persiguen sus metas y manipulan el ambiente que son capaces de hacer para controlar a su vez, su propio ambiente, Estas creencias o confianza en su propia capacidad son más fuertes que la capacidad física o real (Bandura, 1977).

Tanto las expectativas de resultado como la autoeficacia afectan el inicio y persistencia de una conducta de afrontamiento. En el caso de la comunicación, si los padres creen que hablar con sus hijos acerca de temas de sexualidad producirá en ellos conductas de protección de ETS, SIDA y embarazos no deseados, es más probable entonces que lo hagan. Las experiencias positivas de la comunicación retroalimentan a los padres y a su vez, pueden influir en la percepción de su propia capacidad para hablar con sus hijos.

Para fines de este estudio las expectativas de resultado estarán representadas por las expectativas de resultado de comunicación sexual, la

autoeficacia estará representada por la autoeficacia de comunicación sexual y la conducta por la comunicación sexual.

## Estudios Relacionados

Miller y Whitaker (2001), examinaron la comunicación de 907 madres de adolescentes con sus hijos entre 14 y 17 años.

Reportaron que es más probable que la comunicación madre-adolescente acerca del condón se lleve a cabo, si las madres se sienten cómodas al comunicarse sobre sexo (OR = 1.31.; 95% IC: 1.01-1.37). Whitaker, Miller, May y Levin (1999), estudiaron a 372 adolescentes y sus madres por separado por medio de encuestas, Reportaron que las discusiones sexuales no se relacionaron con la apertura paterna, habilidades y confort para discutir ( $p = .08$ ). Dilorio, Dudley, Leer y Soet (2000), analizaron la comunicación en cuanto a contenido y patrón de discusión en 486 diadas de madres y adolescentes, Reportaron relación significativa entre la comunicación acerca de sexo como las expectativas positivas del resultado de la comunicación ( $r = .37, p < .001$ ). Lo que indica que las madres que percibieron un resultado positivo de la comunicación, reportaron discutir un mayor número de temas con los adolescentes,

Hutchinson y Cooney (1998) examinaron la influencia de la comunicación de padres referente a temas sexuales sobre las actitudes de adolescentes entre 19 y 20 años, Encontraron que la discusión sobre diferentes temas de sexualidad humana se relacionó con la creencia de que los padres se sentirán más cerca de sus hijos después de entablar una conversación acerca de sexualidad ( $r = .38, p < .01$ ). Carroll et al), realizaron un análisis secundario de encuestas aplicadas a padres e hijos por la Comisión Nacional de Niños en 1990, Los autores reportaron que los padres que percibían que sus hijos estaban en riesgo de contraer, se asociaba positivamente con hablar acerca de sexo ( $r = -.21, P < .05$ ). Rosental y Feldman

(2000), estudiaron las evaluaciones de los padres como educadores sexuales, en 209 adolescentes, 156 madres y 91 padres. Reportaron una relación substancial entre el punto de vista positivo de la madre como educadora con la frecuencia de comunicación acerca de sexo seguro  $r = .44$ ), masturbación ( $r = -.29$ ) y experiencias sexuales ( $r = .47$ ), todas las anteriores con  $p < .05$ .

El punto de vista positivo del padre como educador se relacionó con la frecuencia para comunicarse de sexo seguro ( $r = .39, p < .001$ ). Romo, Lefkowitz, Sigman y Au (2001) estudiaron a 99 madres Latinas y sus hijos adolescentes de edades entre 11 y 16 años, por medio de un videotape cuando conversaban acerca de cortejo y sexualidad.

Los autores informaron que las madres conversaban más con sus hijas acerca de sexualidad, y que se daba en mayor medida cuando perciban que sus hijas estaban expuestas al VIR O drogas ( $r = .24, p < .05$ ).

### **Definición de Términos**

La comunicación Sexual, se refiere a la información transmitida por los padres a sus hijos adolescentes acerca de estrategias para evitar el riesgo de contraer ETS, SIDA y embarazos no deseados, Las expectativas de resultado de la comunicación sexuales definió como las creencias de los padres acerca de que la comunicación produciría beneficios en sus hijos como la prevención de ETS, SIDA Y embarazos no deseados y, cercanía con años. La autoeficacia de comunicación sexual se refiere a la confianza que tienen los padres en su capacidad para hablar Con sus hijos sobre sexualidad, Los datos

sociodemográficos que se consideraron para este estudio fueron: ocupación, escolaridad, género del padre y del adolescente.

La escolaridad fue la educación formal referida por los padres en términos de categorías como primaria, secundaria, carrera técnica .sin preparatoria, preparatoria y carrera técnica con preparatoria, profesional y más. El género fue masculino 0 femenino, referido por la madre 0 el padre del adolescente, respecto a 51 mismo y al adolescente. La ocupación fue la actividad principal a la que se dedican los padres, dada por ellos.

### **Hipótesis**

H1 .Existe relación entre las expectativas de resultado de la comunicación sexual y la información que los padres transmiten ,3 Sus. hijos sobre sexualidad.

H2: Existe relación entre la autoeficacia de comunicación sexual y la información que los padres transmiten a sus hijos sobre sexualidad.

H3: Las madres transmiten mayor información sobre sexualidad a sus hijas que a sus hijos.

## Metodología

En este apartado se describen el desafío de investigación, la población y la muestra, así mismo, se explica el procedimiento para la obtención de Información, la descripción de los instrumentos utilizados, Se incluye también las consideraciones éticas y las estrategias para el análisis de datos.

**Diseño.** Este estudio fue descriptivo correlacional, descriptivo, ya que muestra las frecuencias, medias y porcentajes de las características de los participantes y de las variables de estudio; en este caso de la comunicación sexual y, autoeficacia y expectativas de resultado de comunicación sexual. Correlacional, ya que establece una relación entre estas variables (Pillit & Htrngler, 1999).

**Población, Muestra y Muestreo.** La población estuvo constituida Por uno los padres de adolescentes de las preparatoria de la Universidad Autónoma de Nuevo León, El muestreo fue por conveniencia, ya que se tomaron en cuenta a los padres de dos preparatorias diferentes, El tamaño de muestra fue de 42 padres, número suficiente para el análisis estadístico propuesto.

**Criterios de inclusión.** Uno de los padres (papá o mamá) de adolescentes entre 14 y 17 años que estén inscritos en cualquier turno de las preparatorias.

**Instrumentos.** El instrumento utilizado en este estudio fue el Cuestionario para Padres elaborado por Villarruel (1998) para el proyecto "Cuídate, Promueve tu Salud", el cual ha sido utilizado en investigaciones previas con familia Afro-americanas y familias mexicanas. Se adaptó a la cultura mexicana, ya que fue sometido a la crítica de docentes que han trabajado en temas similares, con población de padres y adolescentes. Se aplicó el cuestionario a los padres y se les



pidió que hicieran comentarios acerca de cómo mejorarlo, escribieron anotaciones de esto a un lado de cada reactiva ya fuera por falta de comprensión, si debiera redactarse de manera diferente o bien 10 que se enunciaba no se relacionaba con 10 que, sucede en la población mexicana, Para indagar La comunicación sexual se utiliza el apartado de comunicación de los padres con los adolescentes sobre temas sexuales,

El instrumento está conformado por nueve preguntas, de las cuales las primeras seis indagan la información para evitar el riesgo de contraer ETS. SIDA y embarazos no deseados y las tres restantes las estrategias para evitar dicho riesgo, Tienen un patrón de respuesta que va desde 1 (nada) a 5 (mucho), a mayor puntuación mayor comunicación sexual, un ejemplo de pregunta es: (¿Cuenta: información ha compartido con su hijo acerca de VIH/SIDA? Se obtiene dos índices para analizar por separado el riesgo y las estrategias. El posible puntaje de la subescala de riesgo oscila entre 6 a 30 y de la subescala de estrategias de 3 a 15 puntas. A mayor puntaje obtenido significa mayor comunicación de los padres.

El Alpha de Cronbach para el instrumento completo fue de ,89, para la sección de información para evitar el riesgo .93 y para la de estrategias para evitar el riesgo .70. Para medirla autoeficacia y las expectativas de resultado de comunicación sexual se utiliza el apartado de creencias sobre sexualidad, el cual está integrado por 20 reactivos de los cuales se seleccionaron 11 para el análisis de las variables de interés, Cuatro preguntas (1, 5, 11 y 18) miden la autoeficacia de comunicación sexual. Las siete restantes son las expectativas de resultado de comunicación sexual que se subdividen en dos, expectativas de cercanía y de

prevención, L~ preguntas 9, 15 Y 16 miden la expectativa de cercanía padre.,. Hijo y las 8, 13., 14 y 20 la de prevención de riesgo.

El patrón de respuesta de los once reactivos es de cinco puntos, desde 1 (completamente desacuerdo) hasta 5 (completamente de acuerdo) a mayor puntaje es mayor la autoeficacia y las expectativas positivas de resultado de comunicación sexual, un ejemplo de pregunta de esta última es: ¿sería menos probable que mi hijo se contagie de SIDA o de alguna otra ETS, si hablara con el 0 ella para que se abstenga de tener relaciones sexuales? Los reactivos 1, 11 y 18 formulados de manera negativa se invirtieron para conservar el sentido positivo.

Los puntajes para autoeficacia, expectativas de prevención de riesgo oscilan entre 4-20 puntas, y para las expectativas de cercanía entre 3-15 puntos. El Alpha de Cronbach para los 11 reactivos fue de .74, para autoeficacia de comunicación sexual .71 Y para las expectativas de resultado de cercanía padre-hijo ,86 y para la prevención de riesgos .74. Se utilizó tan bien, una cedula de datos de identificación la cual incluye datos de género, ocupación y escolaridad del padre y género del adolescente.

**Procedimiento de Recolección de Información.** Se obtuvo la aprobación de la Comisión de Investigación y del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León, Asimismo, se solicitó por escrito la autorización de los directivos correspondientes de las preparatorias seleccionadas. La recolección de los datos estuvo a cargo de licenciados en enfermería y para la autora de este estudio; antes de iniciar la recolección de los datos se solicitó las listas de alumnos inscritos dentro de la institución.

Se seleccionó la fecha y el Lugar de la aplicación del cuestionario en conjunto con los directivos de la escuela. Se contactaron por teléfono a los padres. y se les invito a participar en el estudio, Se reunieron los padres: en un aula, se les explico el propósito del estudio, el tiempo promedio que dual~ el cuestionario y se les garantizo la confidencialidad y el anonimato. Previo a contestar el cuestionario se contó Con el consentimiento informado de los padres.

**Consideraciones éticas.** El 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). En base al Capítulo I, Artículo 4 , se incorporaron las observaciones realizadas -Por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Prevaleció el criterio de respeto a la dignidad y protección de sus derechos, protegiendo la privacidad de los padres que participaron .En el instrumento no se registró el nombre y los resultados se presentaron de manera general (Capítulo 1, Artículo 21, Fracción VIII). Se les añadió cualquier duda sobre el estudio (Capítulo I, Artículo 21, Fracción VI, VII). Se respete el anonimato, la participación fue voluntaria y se les dio la libertad de negarse a participar en el estudio si así lo decidieran los padres (Capítulo I, Artículo 14, fracción V; Artículo 20 y 21). Se consideró una investigación sin riesgo ya que únicamente se les aplicaron IQS cuestionarios por escrito que duraron aproximadamente 25 minutos (Capítulo I, Artículo 17, Fracción I)

Se obtuvo la aprobación de las autoridades correspondientes para la realización del estudio. Se contó con el consentimiento informado de los padres que aceptaron participar en el estudio, además, se les explico de manera clara y

completo la justificación y los objetivos de la investigación, Se clarifico que su participación o rechazo a participar en el estudio, no afectaría la situación escolar de sus hijos (Capítulo I, Artículo 57 y 58, Fracción I y m

**Estrategias de Análisis de Resultados.** Se utilizó la estadística descriptiva para caracterizar a los participantes y describir los instrumentos aplicados, Se aplica la prueba de Kolmogorv Smirnov para verificar la distribución normal de las variables de interés. Para analizar mis relaciones propuestas en las hipótesis uno y dos, las expectativas de resultado de cercanía y comunicación sexual se aplicó el coeficiente de Spearman, y para la relación entre expectativas de prevención y autoeficacia con comunicación sexual, el coeficiente de Pearson.

Para probar la hipótesis tres que establecía diferencia de información de las madres con sus hijos de acuerdo al sexo, se usó la T de student para muestras independientes.

## Resultados

En el presente apartado, se muestran los datos descriptivos de los participantes y de las variables del estudio. Se presentan los resultados y la I-prueba de normalidad y de los coeficientes de correlación, así como [a prueba de diferencia de medias. Los resultados se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS (Statistic Package for the Social Science, versión 11.5) y se muestran en las tablas de contingencia.

Características de los Participantes. La muestra estuvo conformada por 42 padres de hijos adolescentes, la mayor parte de la muestra correspondía al sexo femenino {76.2%}. En el case de los hijos también 1.3.smujeres ocuparon la mayor parte con 57.1 %. Respecto a la escolaridad del padre, un 42.5% refirió no tener preparatoria 0 que estaba incompleta, 27,5% sufiija haber estudiado preparatoria 0 tener una carrera técnica y el 30% contar con estudios profesionales, Para fines de esta presentación se separaron a los padres que trabajan de los que no trabajan, mostrando que el 66.7% refirió no trabajar, es decir eran amas de casa 0 estaban jubilados.

En la tabla 1 se muestran los datos descriptivos de las variables y los de la prueba de Kolmogorov Smirnov, Se puede observar que todas las variables obtuvieron distribución normal a excepción de la variable expectativas de resultado de cercanía. Por 10 que para esta variable se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman y para todas las demás variables, el de Pearson.

Tabla 1

*Datos descriptivos de las variables de interés*

Variable		Valor Min.	Valor Max.	X	DE	D	P
Autoeficacia de la comunicación sexual		18.75	100	66.36	25.52	.70	.71
Expectativas de resultado de comunicación sexual	Prevención	0.00	94	20.23	21.37	1.12	.16
	Cercanía	16.67	100	24.00	25.24	1.44	.03
Comunicación sexual	Evitar el riesgo sexual	25.00	100	67.26	20.85	.93	.34
	Estrategias para evitar el riesgo	00.00	95	48.92	28.18	.56	.91

n=42

**Prueba fie Hipótesis.** Para, verificar la hipótesis uno que plantea que existe relación entre las expectativas de resultado de la comunicación sobre temas sexuales y la información que los padres trasmiten a sus hijos sobre temas sexuales, Se encontró que ambas subescalas que miden la comunicación sexual no mostraron una relación significativa con la expectativa de resultado de prevención del riesgo de contraer ETS- SIDA Y embarazos no deseados (ver tabla 2). Sin

embargo, para el caso de la expectativa de resultado de cercanía, la comunicación acerca de estrategias para manejar el riesgo mostro una relación negativa, De acuerdo a 10 anterior no. se apoya la hipótesis uno. Para concluir sobre la hipótesis dos que sugiere que existe relación entre la autoeficacia de comunicación sexual y la información que los padres trasmiten a sus hijos sobre sexualidad, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Los resultados muestran una relación significativa entre la autoeficacia de 105 padres y la comunicación sexual acerca de evadir el riesgo sexual y estrategias para evadirlo (Tabla 2). Por 10 que se acepta la hipótesis dos se puede decir que a mayor autoeficacia mayor comunicación acerca de sexualidad; 0 en otras palabras aquellos padres que se consideran capaces de comunicarse sobre temas sexuales se comunicaron con sus hijos en mayor medida.

Tabla 2  
*Matriz de correlación de las variables del estudio*

Variable	1	2	3	4
1. Autoeficiencia	----			
Comunicación sexual				
2. Evitar riesgo	.36*	----		
3. Estrategias para evitar el riesgo	.31*	.41**	--	
Expectativas de resultados				
4. Cercanía	-.07	-.18	-.34*	----
5. Prevención	.14	.16	-.23	.61**
* * p < .05 **p<.01				n=42

Para la verificación de la hipótesis tres que refiere que las madres transmiten mayor información sobre temas sexuales a sus hijas que a sus hijos, se excluyeron a los padres del análisis y se agruparon los datos por sexo del hijo; se utilizó la prueba t para diferencia de medias. No se encontraron diferencias significativas para ninguna de estas variables, comunicación sexual acerca de evitar el riesgo ( $t = -.33, p = .73$ ) Y acerca de estrategias para evitar el riesgo ( $t = -.15, P = .87$ ). Por lo que se rechaza la hipótesis y se puede decir que no existe diferencia entre la transmisión de información de las madres según transmisión de sexo del hijo.

**Hallazgos Adicionales.** Se exploró también si la comunicación de los padres era diferente según el sexo de hijo, sin embargo, la diferencia de medias no fue significativa. Se siguió el mismo procedimiento para: explorar si las expectativas de resultado y la autoeficacia eran diferentes según el sexo del hijo y tampoco se encontraron diferencias significativas. De acuerdo a lo anterior, se puede decir que para este grupo de padres la comunicación sexual, las expectativas de resultado y la autoeficacia de comunicación sexual no fueron diferentes según el sexo del hijo.

Se realizó un ANOVA para determinar si las variables sociodemográficas mostraban diferencias con las variables de interés. La escolaridad mostró diferencias significativas con todas las variables de creencias (autoeficacia y expectativas de resultado) ( $F(2, 37) = 3.36, p = .04$ ). En la tabla 3 se puede observar que el grupo que obtuvo la media más alta correspondía a los padres que señalaron contar con estudios profesionales o más, mientras que la media más baja fue para el grupo que señaló tener menor escolaridad.



Tabla 3  
*Medidas de variables de creencias*

Escolaridad	X	DE
Sin preparatoria	36.40	11.14
Con preparatoria o técnica	36.57	7.96
Profesional y mas	49.60	20.57
		n=42

Se aplicó un análisis de regresión simple para analizar si la escolaridad influía en las creencias de comunicación sexual. El análisis reportó que el 10% de la varianza de las creencias al hablar de sexualidad se debe a la escolaridad del padre o la madre ( $F(2, 37) = 3.7, p = .05$ ).

## Discusión

Los resultados de este estudio permitieron conocer si existe una relación entre la información acerca de sexualidad y, las expectativas de resultado y autoeficacia de comunicación sexual de los padres de adolescentes. Así mismo, se explore si la comunicación sexual de las madres era mayor con las hijas que con los hijos.

No se encontró relación significativa entre las expectativas de resultado de prevención del riesgo de contraer ETS, SIDA Y embarazos no deseados con la información que los padres transmiten acerca de sexualidad, Este hallazgo difiere con lo reportado en diversos estudios que afirman que las madres que percibieron un resultado positivo de prevenciones comunicaron más con los adolescentes (DiIorio et al., 2000; Carroll et al, 1999). No se cuenta con alguna explicación teórica para estos resultados, sin embargo, observando la media tan baja hace suposición que los padres no entendieron el sentido negativo de algunas preguntas. Por ejemplo en la pregunta "sería menos probable que mi hijo(a) contraiga una ETS o SIDA si hablo con él/ella de abstenerse" tal vez se hayan confundido con la frase "menos probable" . Las expectativas de resultado de cercanía se relacionaron en sentido inverso con la información acerca de cómo manejar el riesgo de ETS, SIDA y embarazos no deseados . Al respecto Bandura (1977) postula que las expectativas de resultado de una conducta se relacionan con la ejecución de la misma, en este caso las expectativas negativas se asocian con la comunicación sexual. A su vez, lo anterior contradice a Hutchinson y Cooney (1998) quienes encontraron que la discusión de diferentes temas de sexualidad humana se relacionó con la creencia de que los padres se sentirían más cerca de sus

hijos después de entablar una conversación acerca de sexualidad. Tal vez esta contradicción se relacione con el hecho de que en este estudio las preguntas para evitar el riesgo se formularon en futuro a diferencia de Hutchinson y Cooney, que cuestionaron después de haber tratado temas de sexualidad con sus hijos. La media obtenida de expectativas de cercanía tan bajas sugiere que los padres no perciben que el comunicarse sobre abstinencia o uso de anticonceptivos los acerque a sus hijos que en cierto sentido tiene lógica.

Los padres con mayor autoeficacia se comunicaron más acerca de temas sexuales con sus hijos adolescentes. Esto reafirma a Bandura (1977) quien postula que la creencia de una persona en su capacidad para realizar una acción, la lleva a realizarla. Coincide con Miller y Whitaker (2001) quienes refieren que es más probable que los padres se comuniquen sobre sexualidad cuando se sienten cómodos. Asimismo, Rosenthal y Feldman (2000) refieren que el punto de vista positivo del padre como educador se relacionó con la frecuencia para comunicarse de sexo seguro. Contrario con estos hallazgos, Whitaker, Miller, May y Levin (1999) refieren que las discusiones sexuales no se relacionaron con las habilidades y el confort de los padres para discutir estos temas.

La comunicación sobre sexualidad de las madres no es diferente según el sexo del hijo. Este hallazgo difiere con lo encontrado por Romo, Lefkowitz, Sigman y Au (2001) quienes refieren que la comunicación acerca de sexualidad fue mayor con las hijas que con los hijos. No se cuenta con una explicación de lo anterior. Un hallazgo adicional fue que la escolaridad de los padres influyó en las creencias sexuales lo cual concuerda con lo mencionado por Galvin y Bramel

(1991). Que los factores como edad, educación, raza, género y cultura afectan la comunicación,

### **Conclusiones**

Los padres que percibieron expectativa de resultado de cercanía mostraron menor comunicación sexual acerca de estrategias para evitar el riesgo de ETS, SIDA Y embarazos no deseados. Por otro lado, los padres que percibieron una expectativa de resultado de prevención del riesgo no mostraron mayor comunicación sexual. Al menos una de las subescalas de expectativas de resultado de comunicación sexual mostro relación inversa con una de {as subescalas de comunicación sexual.

Los padres con mayor autoeficacia para fa comunicación sexual transmitieron mayor información a sus hijos acerca de cómo evitar el riesgo y las estrategias para evitarlo. De acuerdo a 10 anterior, la asociación propuesta por Bandura (1977) en la Teoría del Aprendizaje Social acerca de las variables de interés permite explicar las relaciones encontradas en el estudio. La información sexual que las madres transmiten a sus hijos acerca de cómo evitar el riesgo y las estrategias para evitarlo no fue diferente según el sexo del hijo,

De igual manera, las expectativa de resultado y la autoeficacia de comunicación sexual de padres de adolescentes no variaron según el sexo del hijo, Las expectativas de resultado y la autoeficacia de comunicación sexual son diferentes de acuerdo a 130 educación de los padres, IDS que cuentan con estudios profesionales presentaron mayores expectativas y autoeficacia de comunicación sexual que los que cuentan solamente con estudios de preparatoria 0 menos. La

escolaridad explica la expectativa de resultado y autoeficacia de los padres al hablar de sexualidad,

### **Recomendaciones**

1.- Estudiar estas variables incluyendo a uno de los hijos, con el fin de comparar [a percepción de los padres con la de sus hijos.

2.- Continuar utilizando este instrumento para verificar la comprensión, particularmente de los reactivos formulados en forma negativa,

3.- Explorar de manera cualitativa 10 que los padres entienden cuando contestan esos reactivos.

4.- Explorar más acerca de la variable de género de los padres; tomando en cuenta el momento del llenado de la misma para que ambos padres tengan la oportunidad de participar.

## Referencias

Ahari, S. B., Moghadam, Z. B., Azin, S. A., Montazeri, A., Maasoumi, R., & Pedram, J. (2020). Evaluation of effectiveness of a sexuality education program for parents of male adolescents: promoting of parent–adolescent sexual communication. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 34(4), 249–256. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2020-0079>

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. NJ, EE. UU.: Prentice Hall.

Carroll, R. M., Shepard, M. P., Mahon, M. M., Deatrck, J. A., Orsi, A. L., Moriarty, H. J., & Feetham, B. L. (1999). Parent-teen worry about the teens contracting AIDS. *Western Journal of Nursing Research*, 21(2), 168-181.

DiClemente, R., Wingood, G., Crosby, R., Cobb, B., Harrington, K., & Davies, S. (2001). Parent-adolescent communication and sexual risk behaviors among African American adolescent females. *Journal of Pediatrics*, 139(3), 401-412.

Dilorio, C., Dudley, W. N., Leer, J., & Soet, J. E. (2000). Correlates of safer sex communication among college students. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 658-665.

Duran, M., García, M., Ramírez, L., & Sifuentes, D. (2000). Conocimiento, actitudes y necesidades de apoyo en adolescentes para prevención del VIH/SIDA. *Revista de Desarrollo Científico de Enfermería*, 8(10), 291-294.

Ford, C. A., Pool, A. C., Kahn, N. F., Jaccard, J., & Halpern, C. T. (2023). Associations between Mother-Adolescent and Father-Adolescent relationships and young adult health. *JAMA Network Open*, 6(3), e233944.  
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.3944>

Galvin, K., & Brommel, B. (1991). *Family communication, cohesion, and change* (3rd ed.). NY, EE. UU.: HarperCollins Publishers.

Grubb, L. K., Alderman, E. M., Chung, R. J., Lee, J., Powers, M. E., Rahmandar, M. H., Upadhy, K. K., & Wallace, S. B. (2020). Barrier protection use by adolescents during sexual activity. *PEDIATRICS*, 146(2).  
<https://doi.org/10.1542/peds.2020-007245>

HIV and Adolescents and Young Adults | HIVinfo.NIH.gov. (2024).  
<https://hivinfo.nih.gov/understanding-hiv/fact-sheets/hiv-and-adolescents-and-young-adults>

Hutchinson, M. K., & Cooney, T. M. (1998). Patterns of parental-teen sexual risk communication: Implications for intervention. *Family Relations*, 47, 185-194.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2000). *Los jóvenes en México* [Folleto]. Aguascalientes, México: Autor.

Kaiser Family Foundation. (1999). Talking with kids about sex and relationships. Recuperado de <http://www.talkingwithkids.org/sex.html>

Keto, T., Tilahun, A., & Mamo, A. (2020). Knowledge, attitude and practice towards risky sexual behaviors among secondary and preparatory students of Metu town, south western Ethiopia. *BMC Public Health*, 20(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09371-4>

Lantos, H., Manlove, J., Wildsmith, E., Faccio, B., Guzman, L., & Moore, K. (2019). Parent-Teen Communication about Sexual and Reproductive Health: Cohort Differences by Race/Ethnicity and Nativity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5), 833.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph16050833>

López, P. (2001). Apoyo social y conducta sexual del adolescente (Tesis de maestría no publicada). Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.

Miller, K. S., Levin, M. L., Whitaker, D. J., & Xu, X. (1998). Patterns of condom use among adolescents: The impact of maternal-adolescent communication. *American Journal of Public Health*, 88, 1542-1544.

Miller, K., & Whitaker, D. (2001). Predictors of mother-adolescent discussions about condoms. *Pediatrics*, 108(2), 28-35.

Mullis, M. D., Kastrinos, A., Wollney, E., Taylor, G., & Bylund, C. L. (2020). International barriers to parent-child communication about sexual and reproductive health topics: a qualitative systematic review. *Sex Education*, 21(4), 387–403. <https://doi.org/10.1080/14681811.2020.1807316>



Palacios, Y. (2001). Fuentes de información y conducta sexual de los adolescentes (Tesis de licenciatura no publicada). Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). Investigación científica en ciencias de la salud (6ª ed.). México, DF: McGraw Hill Interamericana.

Ratnawati, D., Huda, M. H., Mukminin, M. A., Widyatuti, W., & Setiawan, A. (2024). Meta-analysis of the effectiveness of educational programs about HIV prevention on knowledge, attitude, and behavior among adolescents. *Narra J*, 4(2), e870. <https://doi.org/10.52225/narra.v4i2.870>

Romer, D., Black, M., & Ricardo, L. (1994). Social influences on the sexual behavior of youth at risk for HIV exposure. *American Journal of Public Health*, 84, 977-985.

Romo, L. F., Lefkowitz, E. S., Sigman, M., & Au, T. K. (2001). Determinants of mother-adolescent communication about sex in Latino families. *Adolescent & Family Health*, 2, 72-82.

Rosenthal, D. A., & Feldman, S. S. (2000). The importance of importance: Adolescents' perceptions of parental communication about sexuality. *Journal of Adolescence*, 22, 535-551.

Secretaría de Salud (SS). (1978). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. México, DF: Editorial Porrúa.

Secretaría de Salud. (2024). Epidemiología: Registro Nacional de Casos de SIDA. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA

(CENSIDA). Recuperado el 23 de septiembre de 2024, de

<https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>

Sieving, R. E., McNeely, C. S., & Blum, R. W. (2000). Maternal expectations, mother-child connectedness, and adolescent sexual debut. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 154(8), 809-816.

UNICEF. (2022). HIV and AIDS among adolescents. <https://www.unicef.org/reports/hiv-and-aids-among-adolescents>

Velasquez, F. (2001). Factores condicionantes físicos y capacidades de autocuidado para prevención de VIH/SIDA en adolescentes (Tesis de maestría no publicada). Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.

Villarruel, A. (1998). Cultural influences on the sexual attitudes, beliefs, and norms of young Latina adolescents. *Journal of Social and Public Health Nursing*, 3(2), 69-79.

Weeks, J. (1998). The birds and the bees: An analysis of advice given to parents through the popular press. *Adolescence*, 33(129), 33-45. Recuperado de [http://www.findarticles.com/cf\\_O/m2248/129\\_33/65306271](http://www.findarticles.com/cf_O/m2248/129_33/65306271)

Whitaker, D. J., Miller, K. S., May, D., & Levin, M. L. (1999). Teenage partner communication about sexual risk and condom use: The importance of parent-teenager discussions. *Family Planning Perspectives*, 31, 117-121.

World Health Organization. (n.d.). Prevalence of HIV among adults aged 15 to 49 (%)\*. Global Health Observatory. Retrieved September 23, 2024, from

[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-hiv-among-adults-aged-15-to-49-\(%\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-hiv-among-adults-aged-15-to-49-(%))

## **CAPÍTULO 6**

### **IMPACTO DE LAS NORMAS SUBJETIVAS EN LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA Y LAS INTENCIONES SEXUALES DE ADOLESCENTES UNIVERSITARIOS**

*Raquel Alicia Benavides Torres*

*Martha Esther Chía Martínez*

*Dora Julia Onofre Rodríguez*

*Roxana Martínez-Cervantes*

#### **Introducción**

En la actualidad el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es uno de los principales problemas de salud mundial. En el 2023, 39.9 millones de personas en todo el mundo estaban viviendo con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (UNAIDS, 2022) En México, de acuerdo con la Secretaría de Salud desde el año 2014 al 2024 se registraron 161,352 personas infectadas con VIH; de los cuales el mayor número de casos diagnosticados del año 2022 al 2023 fue la de hombres de 25 a 29 años , seguido de hombres de 20 a 24 años y por

último personas con edades de 30 a 34 años (La Prevención Y Control Del VIH Y El Sida, 2024.)

La mayoría de los casos de VIH/SIDA se han reportado en aquellos estados con altos índices de migración al extranjero y en su mayoría a Estados Unidos, uno de estos estados es Guanajuato, en el que existen 4 millones 893 mil 812 habitantes (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 2006). La tasa de personas infectadas por VIH a nivel nacional es de 300 por 100,000 habitantes y para el caso del estado de Guanajuato es de 2.4 por 100,000 habitantes (Mínima Prevalencia De SIDA En México, 2022.). En el período de 1983 al 2023 se reportaron 8,421 casos de VIH/SIDA. En el caso del municipio de Guanajuato se registraron 278 casos en el 2023 (Mínima Prevalencia De SIDA En México, 2022.).

El SIDA es una de las principales causas de muerte entre la población de 25 a 35 años y más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH corresponden a personas menores de 25 años. Por lo que si se toma en cuenta el periodo de incubación del VIH/SIDA, que es de 5 a 10 años, es posible suponer que la infección se contrajo en la etapa de la adolescencia (Organización de las Naciones Unidas (UNAIDS, 2024.)

Se presume que los adolescentes tienen un patrón de comportamiento impredecible, falta de discernimiento y generalmente no pueden apreciar las consecuencias adversas de sus actos, por lo que para ellos y ellas es difícil percibirse vulnerables para contraer el VIH/SIDA (World Health Organization: WHO, 2019). Durante este periodo, los adolescentes experimentan momentos claves para sus vidas, tales como la primera relación sexual (a más temprana edad

en varones que en mujeres); así mismo se definen los comportamientos e identidades sexuales (World Health Organization: WHO, 2019). Entre los 15 y 24 años, la tasa de múltiples parejas es más elevada, lo que aunado a la práctica sexual sin protección incrementa el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual como el VIH/SIDA (World Health Organization: WHO, 2019). Por lo que se requiere de explicaciones respecto a la conducta de los adolescentes que fundamenten en un futuro una estrategia efectiva para frenar la propagación del VIH/SIDA en adolescentes.

La teoría de Acción Razonada y Conducta Planeada, plantean que las intenciones son las motivaciones más próximas que predicen la conducta (Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen & Fishbein, 1975). A su vez, expertos en el área de prevención de VIH/SIDA en adolescentes han estudiado variables que han sido relacionadas con las intenciones sexuales de los adolescentes como la percepción de normas sociales; a lo que la teoría de Acción razonada y Conducta Planeada define como normas subjetivas.

Algunos autores han estudiado las normas subjetivas y las 3 intenciones de los adolescentes para prevenir VIH/SIDA; sin embargo, la mayoría de estos estudios se han realizado en latinos que viven en Estados Unidos (Adler, Kegeles, Irwin, & Wibbelsman, 1990; Moore, Adler & Kegeles, 1996; PleckS, onenstein & Ku, 1990), por lo que conocer la relación de estas dos variables en adolescentes mexicanos será de especial importancia para enfermería. Utilizar variables de la teoría de la Acción Razonada, que posee capacidad explicativa sobre la educación en VIH/SIDA, permitirá precisar modelos que guíen programas para modificar las

conductas a través de las intenciones y las normas subjetivas (Theory of the Perceived Motion Direction of Equal-spatial-frequency Plaid Stimuli., 2020.)

Por lo que el propósito de este estudio de tipo descriptivo, correlacional y transversal fue conocer la asociación que existe entre las normas subjetivas para prevención de VIH/SIDA y las intenciones sexuales de los adolescentes Universitarios en Guanajuato.

### **Marco conceptual**

De acuerdo con Ajzen y Fishben (1980), autores de la Teoría de la Acción Razonada y Conducta Planeada, los factores cognitivos son cruciales para determinar el comportamiento de los individuos. Toda conducta es resultado de la intención de realizarla. La intención depende de las actitudes hacia la conducta (determinante personal) y de las normas subjetivas (determinante social); ya que una persona sólo llevará a cabo una conducta si tiene intención de ello, pero si no hay intención no lo hará. A su vez también las creencias influyen en la manera en que los individuos evalúan los resultados al realizar esa conducta. De acuerdo con esta teoría existen tres tipos de creencias: las conductuales, las normativas y las de control. Para fines de este estudio solo se abordarán las creencias normativas, de las que a su vez se derivan las normas subjetivas, que implican la percepción del individuo acerca de la aprobación de la conducta de una persona allegada o importante para él o ella.

En caso de que el lazo con la otra persona sea muy fuerte y esta no esté de acuerdo con su conducta, esto puede ser determinante para que realice o no la conducta. La teoría define las normas subjetivas como la valoración positiva o

negativa basada en las creencias normativas de lo que individuos o grupos importantes consideran acerca de realizar determinada conducta. Por lo que esta variable es importante ya que involucra la opinión de las personas que rodean al adolescente y que a su vez están influenciadas por el círculo social en el que se desenvuelven; lo cual afectará la motivación o intención para realizar conductas protectoras o de riesgo.

Ajzen y Madden (1991), por su parte, explican que las conductas no siempre están bajo control del individuo, ya que la conducta no depende solo de la intención sino de factores externos e internos. Algunos de los factores internos son las habilidades, los conocimientos, la planificación adecuada y los factores externos son las oportunidades de realizar la conducta o el apoyo de otras personas cuando ésta es necesaria (norma subjetiva).

La teoría de la Acción Razonada constituye una estructura conceptual unificada sistemática; los autores definen factores que anteceden a la intención de realizar una conducta. En la teoría se define al ser humano como animal racional que procesa y utiliza permanente y sistemáticamente la información de que dispone a fin de juzgar, evaluar y llegar a la toma de decisiones frente a un objeto. Esta información son sus creencias y actitudes en torno al objeto. Explica el comportamiento humano como resultado de creencias, actitudes, e intenciones. Supone enlace causal entre la base informativa fundamental o creencias. Las actitudes, las cuales se forman a partir de las creencias sobresalientes que se tienen en relación con el objeto. Las intenciones, basadas en un determinante de carácter personal y otro de índole social. En la Figura 1 se muestra la estructura teórica conceptual.



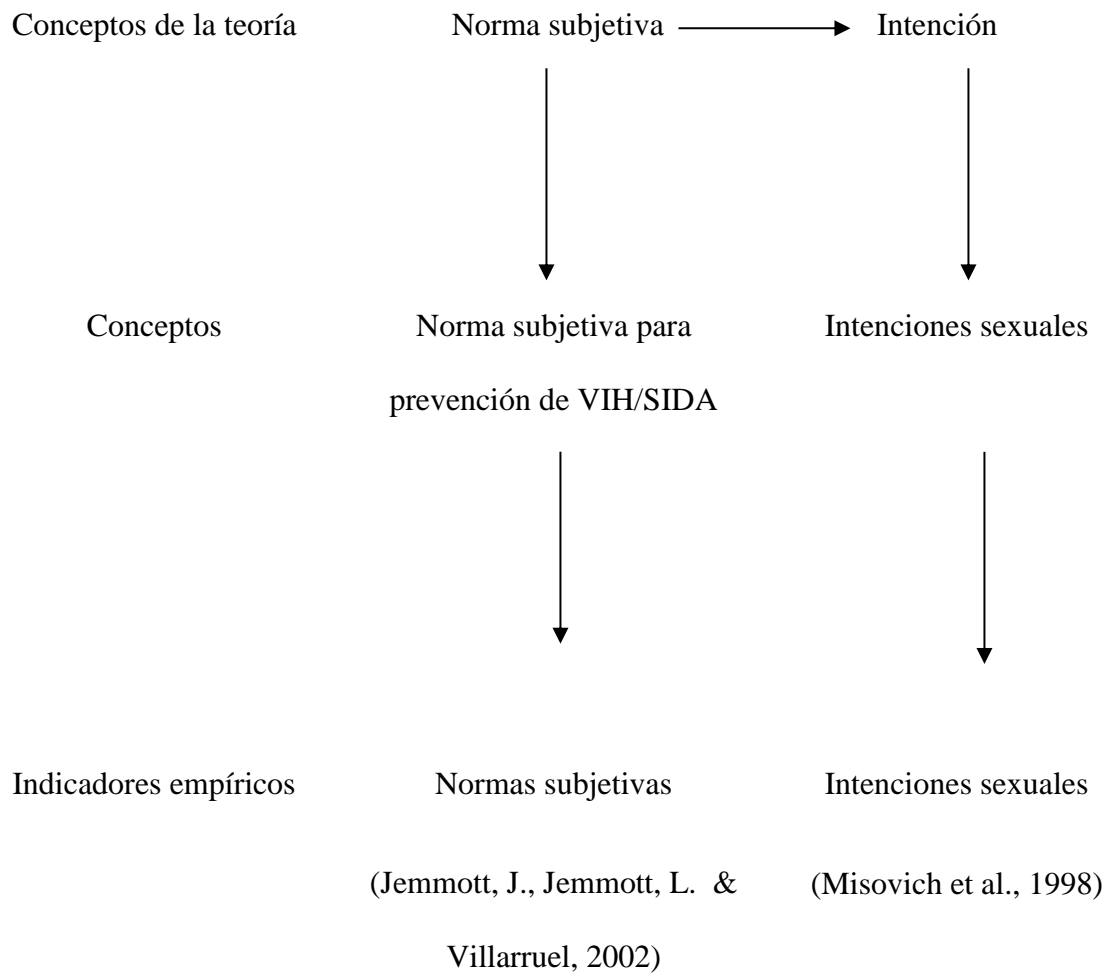


Figura 1. Estructura conceptual teórico empírica

**Estudios relacionados.** Albarracin, Johnson, Fishbein y Muellerleile (2001) examinaron las teorías de Acción Razonada y Conducta Planeada sobre la manera en que las normas subjetivas predicen el uso del condón, y la relación con las intenciones para utilizar el condón. Sintetizaron 96 conjuntos de datos abarcando asociaciones entre las variables del modelo. Reportaron una relación entre las intenciones del uso del condón y las normas subjetivas ( $r = 0.39$ ,  $p < 0.001$ ).

Benavides (2007) con el propósito de identificar un modelo interactivo entre las influencias del adolescente y del padre sobre las intenciones sexuales de los adolescentes mexicanos de preparatoria entre 14 y 17 años de edad, estudió a 756 adolescentes y sus padres.

La autora reportó una media para normas subjetivas por arriba del punto intermedio de 3.87 (DE=0.45) en un rango de 1 a 5, para intenciones sexuales una media de 4.45 (DE=0.68).

Más en específico, los hombres tuvieron una media significativamente más alta ( $\bar{X} = 3.92$ ) que las mujeres ( $\bar{X} = 3.82$ ) en las normas subjetivas de aprobación paterna para el uso de anticonceptivo y el condón ( $F = 9.02$ ,  $p < .01$ ). Asimismo, reportó una relación entre las normas subjetivas y las intenciones del uso de anticonceptivos y del condón ( $r = 0.577$ ,  $p < .001$ ).

Jemmott, et al. (2002) realizaron un estudio con el propósito de determinar los factores que predicen la conducta sexual en 199 adolescentes latinos. Encontraron que la norma subjetiva de aprobación de la pareja para el uso del condón fue en promedio de 4.16 (DE = 0.99), de los compañeros 4.44 (DE = 0.78),

de los padres de 4.19 (DE = 1.10) y de la iglesia una media de 2.37 (DE = 1.45). También reportaron una relación significativa entre las normas subjetivas y las intenciones del uso del condón ( $r = .67, p < .001$ ) y las intenciones de relaciones sexuales ( $r = .33, p < .001$ ). Al analizar las normas subjetivas por separado encontraron que no existía una relación en cuanto a la aprobación de padre o madre y las intenciones de tener relaciones sexuales. Sin embargo, si encontraron una relación significativa entre la aprobación de amigos ( $r = .37, p = .001$ ) y pareja ( $r = .59, p = .001$ ). A su vez se encontró que las normas subjetivas tienen un efecto sobre las intenciones del uso del condón ( $B = .35, p < .001$ ), donde por cada aumento en la desviación estándar de normas subjetivas aumentan .3 unidades de las intenciones para uso del condón.

Martínez-Donate, et al. (2004) realizaron un estudio con el propósito de examinar la probabilidad de tener sexo desprotegido de acuerdo al género, en estudiantes de preparatoria de Tijuana utilizando la Teoría de Acción Razonada. Los autores no encontraron una diferencia significativa entre mujeres (76%) y hombres (79%) acerca de las normas subjetivas ante la sociedad, se utilizó como criterio “siempre de acuerdo” ( $RM = .80, p = .49$ ). Sin embargo, en el análisis por separado de reactivos los hombres ( $-X=8.2, DE =1.7$ ) tuvieron puntajes más altos que las mujeres ( $-X=7.1, DE=1.6$ ) en la norma subjetiva de aprobación de la pareja.

Rosengard, et al. (2001) realizaron un estudio con el propósito de examinar el rol protector de los valores en las intenciones de los adolescentes para usar condones en 236 adolescentes sexualmente activos que practicaron sexo con compañeros casuales y permanentes. Ellos encontraron una media arriba del punto

intermedio de 4.16 (DE= 3.02) en un rango de uno a cinco para las normas subjetivas sociales. Así mismo reportaron que el género no se relacionó con las normas subjetivas sociales ( $p > .05$ ). Whitaker y Miller (2000) estudiaron el impacto de la influencia de pares en la conducta sexual de riesgo en 372 adolescentes entre 14 y 17 años.

Reportaron una media de 56.7 (DE=39.6) en escala de cero a cien para las normas subjetivas de aprobación de pares para conducta sexual y 44.7 (DE=40.5) para las normas subjetivas en relación al constante uso del condón. Asimismo, encontraron que los adolescentes masculinos percibían mayores normas subjetivas de que sus compañeros apoyaban la idea de tener relaciones sexuales que las adolescentes femeninas ( $p < 0.1$ ). También reportaron una relación entre las normas subjetivas y la intención del uso del condón ( $r = .19, p < .05$ ). Wise, et al. (2006) realizaron un estudio en 832 adolescentes con el propósito de entender las interacciones entre los factores de riesgo de contraer VIH y sus antecedentes. Los resultados encontrados indican que tanto las adolescentes con experiencia sexual como sin experiencia presentaron una relación significativa ( $r = .35, p < .01$ ) y un efecto significativo ( $B = .23, p = .001$ ) entre las normas subjetivas y las intenciones de utilizar condón. En resumen, se ha encontrado una relación positiva entre las normas subjetivas y las intenciones del uso del condón, uso de anticonceptivos y relaciones sexuales. Sin embargo, se muestra que al analizar las normas subjetivas por separado no todas las correlaciones son significativas, ya que un estudio reportó que solo estaban relacionadas con las intenciones de tener relaciones sexuales, la aprobación de pareja y de amigos.

Asimismo, dos estudios reportaron que hubo un efecto significativo entre las normas 8 subjetivas y las intenciones del uso del condón. En cuanto a la relación entre el género y las normas subjetivas los resultados son contradictorios ya que tres de los estudios indican que hay diferencias significativas entre hombres y mujeres y dos de ellos reportan que no existe diferencia de acuerdo al sexo. De acuerdo a lo anterior se puede observar que aún es necesario estudiar más a fondo la relación entre las normas subjetivas y las intenciones sexuales. También es necesario encontrar los efectos entre las variables de estudio y confirmar los resultados contradictorios en cuanto al género.

**Definición de términos.** Normas subjetivas para prevención de VIH/SIDA se definen como la percepción de la aprobación de padres, amigos, pareja e iglesia acerca de tener relaciones sexuales, utilizar condón y anticonceptivos. Las cuáles serán medidas por el instrumento de Normas Subjetivas (Jemmott, et al. 2002). Intención sexual es la motivación que tiene el adolescente acerca de realizar conductas como tener relaciones sexuales, utilizar el condón, hablar de sexo con la pareja, tener sexo seguro y realizarse la prueba del SIDA. La cual será medida por medio del instrumento de intenciones sexuales de Misovich et al. (1998). Género es la condición que reporta el adolescente respecto a su sexo como masculino o femenino registrado por medio de una cédula de datos sociodemográficos.

## **Objetivos**

Describir las normas subjetivas para prevención de VIH/SIDA en adolescentes universitarios.

.Describir las intenciones sexuales en la prevención de VIH/SIDA en adolescentes universitarios.

Determinar si las normas subjetivas para la prevención de VIH/SIDA son diferentes de acuerdo al género de los adolescentes universitarios.

## **Hipótesis**

H1: Existe una relación positiva entre las normas subjetivas para prevención de VIH/SIDA y las intenciones sexuales de los adolescentes universitarios.

H2: Las normas subjetivas para prevención de VIH/SIDA tienen efecto sobre las intenciones sexuales de los adolescentes universitarios.

## Metodología

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

**Diseño de estudio.** Se realizó un estudio de tipo descriptivo, correlacional y transversal (Polit & Hungler, 1999). Se consideró de tipo descriptivo ya que se describieron las normas subjetivas e intenciones sexuales para prevención del VIH/SIDA en adolescentes. Se consideró de tipo correlacional ya que se identificó la asociación entre las normas subjetivas y las intenciones sexuales; de tipo transversal porque se recolectaron datos en un momento específico.

**Población, muestreo y muestra.** La población se conformó por 1,188 adolescentes universitarios de ambos sexos de una institución pública de educación superior. El muestreo fue de tipo aleatorio estratificado a dos estratos: género y semestre (Ver Tabla 1). El tamaño de la muestra se calculó mediante el paquete estadístico n'Query Advisor ® Versión 4.0 (Elashoff, Dixon & Crece, 2000) para una prueba de regresión lineal de 2 colas con nivel de confianza .05, coeficiente  $\beta = 0.67$  y  $DE = 0.069$ . El efecto de la muestra es de .20 con una potencia estadística de 95%, resultando una muestra de 651 adolescentes.

Tabla 1  
*Muestro aleatorio estratificado*

Condición	1er	2do	3er	Muestra
Masculino	86	110	79	275
Femenino	114	152	110	376
Total	200	262	189	651

**Criterios de inclusión.** Los participantes del estudio fueron los adolescentes universitarios de ambos sexos, con edad de 18 a 19 años de edad al momento de la aplicación e inscritos en los tres primeros semestres de las 10 carreras que se imparten en el campus Unidad de Ciencias Económicas y Administrativas (UCEA).

**Instrumentos de medición Normas Subjetivas.** El instrumento de normas subjetivas (NS) consta de 18 reactivos el cual fue diseñado y traducido para medir la percepción de los adolescentes acerca de la aprobación de otros sobre tener relaciones sexuales, utilizar el condón y los anticonceptivos, tal como aparece en Apéndice A ( Jemmott, et al. 2002). El instrumento mide aprobación del compañero, aprobación de la madre, aprobación del padre, aprobación del amigo y aprobación de la iglesia. Las respuestas de estas preguntas recibirán puntaje de 1 a 5, con opciones de respuesta: (1) desaprobarían mucho, (2) desaprobarían, (3) ni aprobarían ni desaprobarían, (4) aprobarían, y (5) aprobarían mucho. La puntuación de normas subjetivas fue obtenida calculando el total de los puntos, como puntaje mínimo 18 y máximo 90, donde a mayor puntaje mayor será la percepción de aprobación de otros acerca de su conducta sexual, los puntajes se convirtieron a índices con puntaje mínimo de 0 y máximo de 100. La escala



muestra niveles aceptables de confiabilidad en estudios previos en adolescentes, se ha reportado un alpha de Cronbach superior a .68 (Villarruel, Jemmott, J., Jemmott, L. & Ronis, 2004). En la prueba piloto para este estudio el alpha de Cronbach fue de .83

**Intenciones sexuales.** Para medir las intenciones sexuales se utilizó el instrumento de Intenciones Sexuales (IS) de Misovich et al. (1998) que mide la probabilidad de que él o la adolescente realice conductas preventivas para VIH/SIDA como uso del condón, tener condones a la mano, discutir su uso con su pareja sexual, practicar sexo seguro y realizarse la prueba del VIH/SIDA. Este se constituye por ocho reactivos con opción de respuesta que va de 1 (muy probable) a 5 (muy improbable). El primer reactivo cuestiona acerca de la probabilidad de tener relaciones sexuales el próximo mes y se analiza por separado que el resto del instrumento. Un ejemplo de pregunta sería: ¿Qué tan probable es que no tengas relaciones sexuales el próximo mes? La puntuación se obtiene sumando las respuestas para cada uno de los reactivos, que puede ser de 8 a 40 puntos; donde a menor puntaje mayor son las intenciones de realizar la conducta protectora para VIH/SIDA, para el análisis de datos se utilizaron índices. La confiabilidad en cuanto a consistencia interna que se ha reportado para el instrumento en una muestra de estudiantes universitarios fue Alpha de Cronbach de .81, en prueba piloto el alpha de Cronbach fue .73.

Para recolectar las variables sociodemográficos se elaboró una cedula de datos de identificación (CDI), que contenía edad, sexo, semestre, estado civil y estatus laboral

**Procedimiento para la recolección de datos.** El estudio fue revisado y aprobado por los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Una vez aprobado, se realizaron los cambios pertinentes al estudio para posteriormente solicitar autorización a personal directivo de las facultades que integran las carreras de la universidad pública. Para seleccionar la muestra se pidió el listado de los alumnos inscritos en los semestres 1, 2 y 3 de las facultades correspondientes. Se seleccionó la muestra mediante una tabla de números aleatorios hasta obtener el tamaño correspondiente a cada estrato. Se reunió en un aula a los adolescentes que fueron seleccionados para participar en el estudio, se explicó en qué consistía la investigación y se les dio un consentimiento informado por escrito para que lo firmaran, no todos los que participaron aceptaron firmar el consentimiento informado aunque si aceptaban participar en la investigación por lo que se solicitó la dispensa del consentimiento informado por escrito al Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Una vez concedida la solicitud, se continuó con la recolección de datos y el consentimiento se realizó en forma oral. Después de haber aceptado participar, se les aplicaron los instrumentos correspondientes a normas subjetivas e intenciones sexuales. Cabe mencionar que se programaron diversos tiempos y fechas para no intervenir con sus actividades académicas. El tiempo de aplicación del cuestionario fue de 10 a 15 minutos aproximadamente. Al término de la encuesta se les dio las gracias por su participación. Los cuestionarios quedaron bajo resguardo del autor principal por un periodo de seis meses.

**Consideraciones éticas.** El 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, 1987). Se consideró lo establecido en el Título segundo de aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo I, Artículo, 13, 14, 15, 16 y 17. Fracción II Capítulo I, Artículo 21, Fracción V, VI, VII, VIII. De acuerdo al Capítulo I, Artículo 13, se respetó la dignidad, protección de los derechos y bienestar de los adolescentes ya que su participación fue voluntaria y tuvieron el derecho de retirarse del estudio en el momento que lo desearon.

Conforme al Artículo 14, Fracción I, V, VI, VII y VIII, el estudio contó con el dictamen de la comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, así como con la autorización de los directivos de las diversas facultades donde se recolectaron los datos. De acuerdo al Artículo 16, se protegió la privacidad del participante ya que la información que proporcionaron fue anónima no se registró el nombre del participante en la encuesta y los datos que se obtuvieron no fueron proporcionados a personas ajenas del estudio.

En el Artículo 17, Fracción II, se consideró una investigación sin riesgo la cual fue desarrollada por un profesional de la salud estudiante de la Maestría en Ciencias de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Acorde al Artículo 21, Fracción I, VI, VII, VII, a los participantes se les brindó una explicación acerca del objetivo y la justificación de la investigación garantizando dar respuesta a cualquier pregunta y aclararles acerca del procedimiento. Conforme al Artículo 22, Fracción I, II, III, IV que se refiere al consentimiento informado el cual debió formularse por escrito, y fue elaborado por el autor de este estudio, indicó nombres y direcciones de dos testigos y del adolescente.

**Plan de análisis estadístico.** Los datos obtenidos en el presente estudio se analizaron a través del paquete estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) versión 11.5. Se utilizó estadística descriptiva para cumplir con el objetivo 1 y 2 que dice: describir las normas subjetivas para prevención de VIH/SIDA y las intenciones sexuales a través de medias, desviaciones estándar y rangos. Para verificar el objetivo 3 como los datos no mostraron distribución normal se utilizó una U de Mann-Whitney para conocer la existencia de diferencia significativa en las normas subjetivas para prevención de VIH/SIDA de acuerdo al género. Para probar la hipótesis de investigación que indaga acerca de la relación entre las variables de estudio se realizó una prueba de correlación de Spearman.

Los resultados de la correlación fueron significativos por lo que se procedió a realizar una regresión lineal para conocer el efecto de esta asociación. Cabe destacar que se convirtieron a índices las variables de estudio antes de realizar las pruebas estadísticas, con mínimo de 0 y máximo de 100.

## Resultados

En el presente apartado se describen los resultados del estudio las características demográficas de los participantes, la consistencia interna de los instrumentos, la estadística descriptiva de las variables del estudio. Finalmente se muestra la estadística inferencial que responde a los objetivos e hipótesis planteadas al inicio del estudio.

### Características demográficas de los participantes

La edad de los participantes del estudio fue entre 18 y 19 años, 57.8 % perteneció al sexo femenino 40.2% al segundo semestre. Un 97.2% (f= 633) refirió ser soltero y un 88% (f= 573) reportó que no trabaja (ver Tabla 2)

Tabla 2  
*Características demográficas de los participantes*

<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Estado civil		
Soltero	633	97.2
Casado	9	1.4
Separado	1	.2
Unión libre	7	1.1
Divorciado	1	2
Trabaja		
Si	78	12.0
No	573	88.0

N=651

Fuente: : Cédula de datos de identificación

**Consistencia interna de los instrumentos.** La Tabla 3 muestra la confiabilidad en cuanto a consistencia interna para los 18 reactivos del instrumento de normas subjetivas para prevención de VIH/SIDA que se aplicó en el estudio y se obtuvo un Alpha de Cronbach de .88. Para el instrumento de intenciones sexuales con 8 ítems, la consistencia interna para este instrumento fue de Alpha de Cronbach de .71.

Tabla 3  
Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento	Ítems	Alpha de Cronbach
Normas subjetivas para prevención de VIH/SIDA	18	.88
Intenciones sexuales	8	.71
		n=651

Fuente: Normas Subjetivas (NS), Intenciones Sexuales (IN)

**Estadística descriptiva.** En la Tabla 4 se presenta la estadística descriptiva para la variable normas subjetivas para prevención de VIH/SIDA e intenciones sexuales. La media para normas subjetivas fue de 60.28 (DE= 15.09) con una mediana de 61.11, la cual está por encima del punto intermedio e indica que existe una tendencia alta acerca de la percepción de aprobación de otros.

La variable intenciones sexuales mostró una media de 50.47 (DE=18.92) y una mediana de 50 justo en punto intermedio lo cual indica que no existe una tendencia específica de intención de realizar o no conductas preventivas. Se analizó la distribución de los datos respecto a estas dos variables a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov y se observó que ni las normas subjetivas para

prevención de VIH/SIDA ( $D= 1.82$ ;  $p= .003$ ) ni las intenciones sexuales ( $D= 2.54$ ;  $p= .000$ ) presentaron una distribución normal. Con estos datos se responde a los objetivos uno y dos del estudio que buscaban describir las normas subjetivas para la prevención de VIH/SIDA y las intenciones sexuales en adolescentes universitarios.

Tabla 4  
*Estadística descriptiva de las variables del estudio y prueba de Kolmogorov-Smirnov*

VARIABLES DE ESTUDIO	X	DE	Mdn	Valor mínimo	Valor máximo	D	p
Normas subjetivas	60.28	15.09	61.11	5.56	100	1.82	.003
Intenciones sexuales	50.47	18.92	50.00	0.00	100	2.54	.000

n=651

Fuente: NS, IS

**Estadística inferencial.** En la Tabla 5 se muestra el análisis para conocer si existe una diferencia en la variable normas subjetivas para prevención de VIH/SIDA de acuerdo al género. Se utilizó la prueba de U de Mann – Whitney donde se observó una diferencia significativa en las medianas de las normas subjetivas en adolescentes universitarios respecto al género ( $U= 32629.50$ ;  $p= .000$ ). Como puede observarse los datos indican que los adolescentes masculinos perciben mayor aprobación de otros respecto a la conducta sexual ( $Mdn= 66.00$ ), en comparación con las adolescentes femeninas ( $Mdn = 60.00$ ). Con estos datos se responde al objetivo tres del estudio que buscaba determinar si las normas

subjetivas para la prevención de VIH/SIDA eran diferentes de acuerdo al género de los adolescentes universitarios.

Tabla 5  
*Descripción de normas subjetivas por género y prueba de U de Mann – Whitney*

Genero	X	DE	Mdn	Rangos	Valor mínimo	Valor máximo	U	P
Femenino (n=376)	58.77	10.37	60.00	275.28	23.00	90.00	32629.50	< .001
Masculino (n=275)	65.00	10.59	66.00	395.35	22	90.00		
							n=651	

Fuente: NS, IS

Para probar la hipótesis uno que refiere si existe una relación positiva entre las normas subjetivas para prevención de VIH/SIDA y las intenciones sexuales de los adolescentes universitarios, se realiza una correlación de Spearman los resultados muestran que existe una relación negativa significativa entre las normas subjetivas para la prevención del VIH/SIDA y las intenciones sexuales de adolescente universitarios ( $r_s = -.25$ ;  $p = .000$ ); tomando en cuenta que un puntaje alto en el instrumento de intenciones sexuales indica poca probabilidad de realizar conductas sexuales para la prevención de VIH/SIDA, no se rechaza la hipótesis



uno, se puede decir que a mayor percepción de aprobación de otros acerca de la conducta sexual, mayor es la intención de la conducta sexual.

Para probar la hipótesis dos que menciona si las normas subjetivas para prevención de VIH/SIDA tienen efecto sobre las intenciones sexuales de los adolescentes universitarios, se realizó una prueba de regresión lineal. En la Tabla 6 se puede observar que el modelo de regresión fue significativo ( $F(1, 649) = 45.41$ ,  $p < .001$ ) por lo que se puede decir que si existe un efecto de las normas subjetivas para la prevención de VIH/SIDA sobre las intenciones sexuales de los adolescentes universitarios. Por lo que no se rechaza la hipótesis dos.

Tabla 6  
*ANOVA para la regresión lineal*

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Valor de p
Regresión	1559.66	1	1559.66	45.41	.001
Residual	22290.27	649	34.34		
Total	23849.94	650			

n=651

Fuente: NS, IS

Como se muestra en la figura 2, las normas subjetivas para prevención de VIH/SIDA explican 6.5% de la crianza en las intenciones sexuales

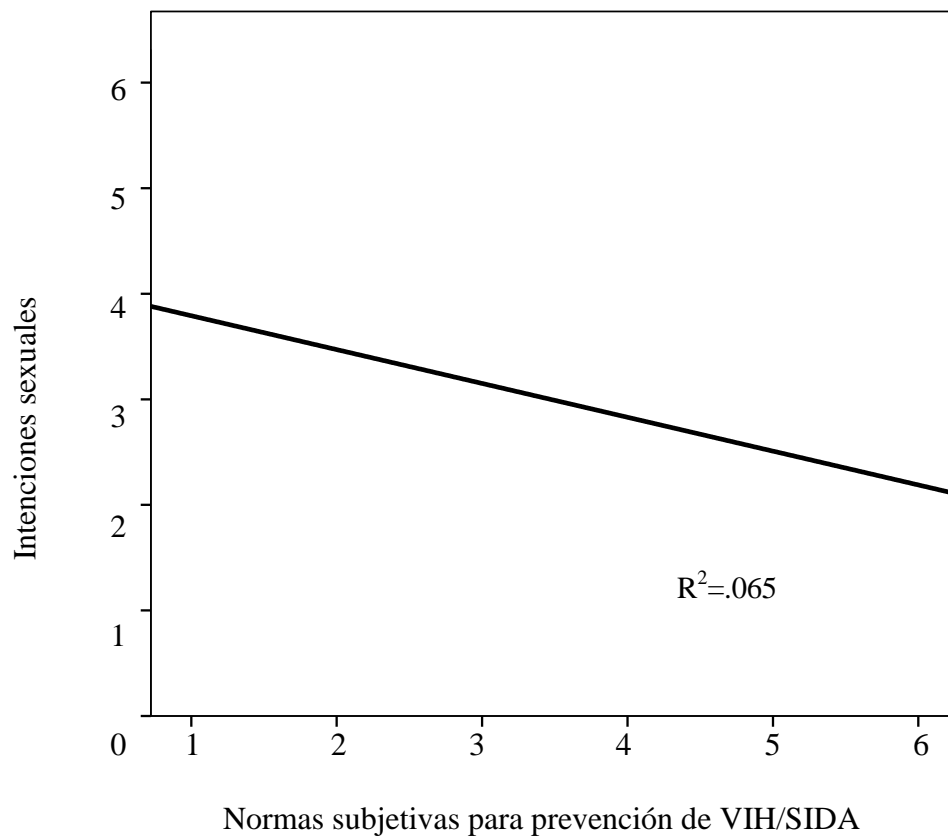


Figura 2. Gráfica de regresión lineal

De acuerdo a la Tabla 7 se puede decir que por cada aumento en la desviación estándar de las normas subjetivas para prevención de VIH/SIDA las intenciones sexuales aumentan .14.

Tabla 7  
*Regresión lineal de las normas*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	<i>t</i>	Valor <i>p</i>
	B	Error típico	Beta		
1 (constante)	32.90	1.3		24.95	.001
Normas subjetivas	-.14	.02	-.25	-6.73	.001

n=651

Fuente: NS, IS

## Discusión

El propósito del presente estudio consistió en conocer la asociación entre las normas subjetivas para prevención de VIH/SIDA y las intenciones sexuales de los adolescentes universitarios. Por lo que se describieron las variables de estudio, se realizaron pruebas para establecer diferencias de acuerdo con el género, se analizaron correlaciones y regresiones lineales. La discusión de los resultados de estos análisis se presenta en este apartado, así como su comparación con estudios previos.

Inicialmente se describió la variable normas subjetivas para la prevención de VIH/SIDA donde se encontró que la media estaba por encima del punto intermedio por lo que sí existe una percepción de aprobación de otros. Este hallazgo coincide con lo reportado por Benavides (2007) donde la media para normas subjetivas también se encontró por arriba del punto intermedio. En relación a la variable intenciones sexuales, se encontró una media ligeramente por encima del punto intermedio lo cual indica que no existe una tendencia específica de intención de realizar o no conductas sexuales preventivas. Este resultado es diferente al reportado por Benavides (2007) donde la media para intenciones para el uso de anticonceptivos y el uso del condón se acercó al rango más alto. Esta contradicción puede deberse a que la población en ambos estudios fue diferente ya que en este estudio la muestra estuvo conformada por estudiantes de Universidad y en el estudio de Benavides por adolescentes de preparatoria. Ya que se conoce que las intenciones sexuales van cambiando conforme los adolescentes tienen un mayor número de experiencias sexuales (Stewart et al. 2001) y se considera que los adolescentes de este estudio son más experimentados.

Se encontró que la variable normas subjetivas para VIH/SIDA difiere de acuerdo al género de los adolescentes universitarios. Los adolescentes masculinos percibieron mayor aprobación de otros respecto a su conducta sexual. Este hallazgo es similar a lo reportado por Benavides (2007), quien encontró que los hombres tuvieron una media significativamente más alta que las mujeres para las normas subjetivas de aprobación paterna. En el caso de Martínez-Donate, et al. (2004) ellos no encontraron diferencia significativa en relación al género, sin embargo, al analizar por separado si se obtuvo mayor puntaje en hombres que en mujeres en las normas subjetivas de aprobación de la pareja. Ambos estudios coinciden con el hallazgo encontrado solo cuando se analizan las normas por separado, pero no en general.

Asimismo, se encontró una relación positiva significativa entre las normas subjetivas para la prevención de VIH/SIDA y las intenciones sexuales de adolescentes universitarios ( $r_s = -.252$ ,  $p = .000$ ), donde a mayor percepción de aprobación de otros acerca de la conducta sexual, mayor es la intención sexual. Este resultado coincide con lo reportado por Albarracin, et al. (2001); Jemmott, et al. (2002); Whitaker y Miller (2000) y Wise, et al. (2006) quienes también encontraron una relación positiva entre las normas subjetivas y las intenciones sexuales del uso del condón. Por su parte Benavides (2007) encontró una correlación similar entre normas las subjetivas e intenciones del uso de anticonceptivos y del condón.

Existe un efecto significativo de las normas subjetivas para prevención de VIH/SIDA sobre las intenciones sexuales de los adolescentes universitarios Este resultado es parecido al reportado por Jemmott, et al. (2002) y Wise, et al. (2006),

quienes encontraron que las normas subjetivas tienen efecto sobre las intenciones del uso del condón. Estos resultados concuerdan con lo mencionado en la Teoría de Acción Razonada y Conducta Planeada (Ajzen & Fishbein, 1980) que asume que las normas subjetivas preceden a las intenciones sexuales, por lo que se considera apropiado el uso de esta teoría como marco de referencia.

### **Conclusiones**

Las normas subjetivas para prevención de VIH/SIDA presentan tendencia alta acerca de la percepción de aprobación de otros.

Las intenciones sexuales indican que no existe una tendencia específica de intención para realizar o no conductas preventivas.

Los adolescentes masculinos perciben mayor aprobación de otros respecto a la conducta sexual a diferencias de los adolescentes femeninos.

Existe una relación positiva entre las normas subjetivas para la prevención del VIH/SIDA y las intenciones sexuales de adolescente universitarios.

Existe un efecto de las normas subjetivas para la prevención de VIH/SIDA sobre las intenciones sexuales de los adolescentes universitarios.

Las normas subjetivas y las intenciones sexuales se convierten entonces en variables importantes de considerar al momento de estudiar las variables importantes para prevenir el VIH/SIDA en adolescentes universitarios.

**Limitaciones del Estudio.** Este estudio presenta una serie de limitaciones las cuales se discuten a continuación para la realización de futuros estudios. Este estudio fue de tipo transversal por lo que no se puede hacer una inferencia de los

resultados a través del tiempo ni establecer causa y efecto entre las variables de estudio. Otra limitación fue en relación al lugar de levantamiento de los datos ya que sólo se realizó en una universidad pública. Asimismo, se considera como una limitación al momento del levantamiento de los datos la sensibilidad del tema en estudio ya que para nuestra cultura el sexo sigue considerándose como un tabú.

**Recomendaciones.** Se sugiere realizar estudios longitudinales que contemplen estas variables para formular modelos que establezcan causa y efecto entre las variables de estudio. Asimismo, se recomienda realizar este análisis seleccionando diversas universidades de manera aleatoria incluyendo tanto las universidades públicas como las privadas. Para investigaciones futuras se sugiere utilizar todas las variables de la Teoría de Acción Razonada y Conducta Planeada para conocer que otras variables intervienen en la prevención del VIH/SIDA. Asimismo, se recomienda considerar la experiencia sexual del adolescente como variable asociada con las normas subjetivas para VIH/SIDA y las intenciones sexuales. Estudios futuros deben de considerar rangos de edad menores para identificar las intenciones sexuales antes que inicien su vida sexual y poder tomar medidas preventivas. Debido a que algunos estudios previos separaron la variables de normas subjetivas, encontrando resultados más específicos; se sugiere estudiar por separado las normas subjetivas para padres, amigos, pareja e iglesia. De esta manera se podrá identificar de quien los adolescentes universitarios perciben mayor o menor aprobación para la realización de conductas sexuales.

Estos datos sugieren que se deben buscar estrategias que permitan ampliar la cobertura frente a la necesidad de educación sexual, lo que puede traer múltiples beneficios en la salud pública como disminución de enfermedades de transmisión

sexual y el VIH/SIDA. Por lo que los hallazgos de este trabajo sugieren que es importante realizar intervenciones dentro de las áreas de salud con diversas poblaciones con mayor incidencia de VIH/SIDA en donde se consideren las normas subjetivas y las intenciones como parte del currículo. Es importante realizar intervenciones en grupos con edades menores como los adolescentes de secundaria y preparatoria para evitar conductas de riesgo para VIH.

Dentro del área de enfermería es crucial empezar a incidir acerca de las normas subjetivas y las intenciones sexuales en los grupos de jóvenes desde edades tempranas con la finalidad de prevenir conductas sexuales futuras que pongan en riesgo su salud y la de terceros. Se considera de crucial importancia que estas intervenciones se conviertan en ejemplo para las instituciones educativas, y se desarrollen programas de educación sexual.



## Referencias

Adler, N., Kegels, S., Irwin, C., & Wibbelsman, C. (1990). Adolescent contraceptive behavior: An assessment of decision processes. NIH/NLM MEDLINE, 116(3), 463-471.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1975). The prediction of behavior from attitudinal and normative variables. *Journal of Experimental Social Psychology*, 6, 466-487.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Theory of Reasoned Action. *Journal of Experimental Social Psychology*, 6, 466-487.

Ajzen, I., & Madden, T. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

Benavides, T. R. (2007). An interaction model of parents and adolescents influences on Mexican adolescents' intentions for contraception and condom use [Tesis doctoral no publicada]. Universidad de Austin, Texas, EE.UU.

D., Johnson, B., Fishbein, M., & Muellerleile, P. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: Meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127, 142-162.

Elashoff, D. J., Dixon, J. W., & Crece, M. K. (2000). Paquete estadístico n'Query Advisor® (Versión 4.0) [Software estadístico para PC]. Los Ángeles, CA: Statistical Solutions.

Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato. (2006). Encuesta nacional de salud. Recuperado el 11 de marzo de 2007, de <http://www.insp.mx/enn/>

Instituto Mexicano de la Juventud. (2000). Encuesta nacional de la juventud. Recuperado el 12 de marzo de 2007, de <http://www.imjuventud.gob.mx/>

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI]. (2006). Conociendo las estadísticas de México. Recuperado el 10 de marzo de 2007, de <http://www.inegi.gob.mx>

Jemmott, J., Jemmott, L., & Villarruel, A. (2002). Predicting intentions and condom use among Latino college students. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 13(2), 59-69.

La Prevención Y Control Del Vih Y El Sida, C. N. P. (n.d.). Epidemiología Registro Nacional de Casos de VIH y sida. [gob.mx](https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida).  
<https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>

Martínez-Donate, A., Hovell, M., Blumberg, E., Zellner, J., Sipan, C., Shillington, A., et al. (2004). Gender differences in condom-related behaviors and attitudes among Mexican adolescents living on the U.S.-Mexico border. *AIDS Education and Prevention*, 16(2), 172-186.

Misovich, S., Yser, M., Fisher, J., Bakker, A., Siero, F., Stephen, J., et al. (1998). The effects of information about AIDS risk and self-efficacy on women's intentions to engage in AIDS preventive behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(20), 1837-1852.

Moore, P., Adler, N., & Kegeles, S. (1996). Adolescents and the contraceptive pill: The impact of beliefs on intentions and use. *Obstetrics & Gynecology*, 88, 48-56.

Organización de las Naciones Unidas. (2002). Programa conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Los jóvenes y el VIH/SIDA: Una oportunidad en un momento crucial. Recuperado el 11 de marzo de 2007, de <http://www.un.org/cyberschoolbus/spanish/aids2003/links.htm>

Pleck, H., Sonenstein, F., & Ku, C. (1990). Sexual activity, condom use, and AIDS awareness among adolescent males. *Family Planning Perspectives*, 21(4), 152-158.

Polit, F. D., & Hungler, B. P. (1999). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6.a ed.). México, DF: McGraw-Hill Interamericana.

Rosengard, C., Adler, N. E., Gurvey, J. E., Dunlop, M. B., Tschann, J. M., Millstein, S. G., et al. (2001). Protective role of health values in adolescents' future intentions to use condoms. *Journal of Adolescent Health*, 29(3), 200-207.

Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Recuperado el 23 de agosto de 2007, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Sperling, G., Sun, P., Liu, D., & Lin, L. (2020). Theory of the perceived motion direction of equal-spatial-frequency plaid stimuli. *Psychological Review*, 127(3), 305–326. <https://doi.org/10.1037/rev0000180>

Stewart, H., McCauley, A., Baker, S., Givaudan, M., James, S., Leenen, I., Pick, S., et al. (2001). Reducing HIV infection among youth: What can schools do? Key baseline findings from Mexico, Thailand, and South Africa. Recuperado el 2 de junio de 2007, de <http://www.fhi.org>

UNAIDS. (2024.). Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet.  
<https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

UNAIDS. (n.d.). Resumen — Informe mundial sobre el sida 2022.  
<https://www.unaids.org/es/resources/documents/2022/in-danger-global-aids-update-summary>

Villarruel, A. M., Jemmott, J. B., Jemmott, L. S., & Ronis, D. L. (2004). Predictors of sexual intercourse and condom use intentions among Spanish-dominant Latino youth: A test of the Planned Behavior Theory. *Nursing Research*, 53(3), 172-181.

Whitaker, D., & Miller, K. (2000). Parent-adolescent discussions about sex and condoms: Impact on peer influences of sexual risk behavior. *Journal of Adolescents Research*, 15(2), 251-273.

Wise, D., Goggin, K., Gerkovich, M., Metcalf, K., & Kennedy, S. (2006). Predicting intentions to use condoms using gender, sexual experience, and the Theory of Planned Behavior. *American Journal of Health Education*, 37(4), 210-214.

World Health Organization: WHO. (2019, November 26). Salud del adolescente. <https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab>



## ***CAPÍTULO 7***

### **EL PAPEL DEL APOYO FAMILIAR EN LA CONDUCTA SEXUAL SEGURA Y EL AFRONTAMIENTO DEL RIESGO SEXUAL**

*Raquel Alicia Benavides Torres*  
*Hercilia Guadalupe De León Rivera*  
*Dora Julia Onofre Rodríguez*  
*Natalia Isabel Manjarres Posadas*

#### **Introducción**

Los jóvenes son vulnerables a adquirir Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) debido a que presentan múltiples factores de riesgo como el desconocimiento, el sexo temprano, la drogadicción, desigualdad social de género y los mitos en relación a la sexualidad. Los datos estadísticos de acuerdo al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (UNICEF, 2018), muestran que alrededor de 30 adolescentes de entre 15 y 19 años contrajeron el VIH cada hora durante el año 2017, dos terceras partes del total eran niñas.

Además, la mayor parte de los jóvenes (65%) reconoce que el VIH es un problema serio ya que una gran proporción de estos tiene relaciones sexuales sin el uso del preservativo y con múltiples parejas.

A finales del 2022 se estimaron 1,3 millones de nuevas infecciones por VIH, de las cuales las mujeres y niñas representaron el 46% de todas las nuevas infecciones en 2022. En el mundo, la prevalencia media en la población adulta de 15 a 49 años es de 0.7% pero es mayor en los grupos prioritarios: 2.5% personas dedicadas al trabajo sexual y sus clientes, 7.7% hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres, 5.0% personas que se inyectan drogas, 10.3% personas transgénero (trans) y sus parejas sexuales, 1.4% personas privadas de su libertad. El 8% del total de las nuevas infecciones a nivel mundial, ocurrieron en Latinoamérica reportando 110 mil nuevas infecciones de VIH.

En 2022, se estimó que, México presentó 20 mil nuevas infecciones de VIH, tendencia que se mantiene desde el 2019, las mayores incidencias fueron en hombres; para grupos de edad y para ambos sexos, las mayores incidencias se presentaron en el grupo de 20- 49 años. (Censida, 2022)

Chiapas se encuentra en el lugar catorce con 10.4 casos nuevos por cada 100 mil habitantes y se estima una población de personas jóvenes de más de un millón cuyas edades oscilan entre 15 - 29 años, la mitad de esta población vive en localidades predominantemente rurales (La Prevención Y Control Del VIH Y El Sida, n.d.). En aspectos de conductas sexuales la edad promedio en que las y los jóvenes en Chiapas tienen su primera relación sexual es entre los 15 y 19 años de edad. Se han encontrado datos en donde las mujeres refieren tener su primera relación sexual con su esposo, mientras que la mitad de los hombres informan que

inician su vida sexual con trabajadoras sexuales. Se ha reportado que la tercera parte (33.2%) de las mujeres declaran no saber cómo prevenir un embarazo una ITS, y que las cifras de la no protección en la primera relación sexual han reportado porcentajes altos, 38.1% en mujeres y 32.6 % en hombres (Evangelista & Kauffer, 2011).

Tales conductas pueden deberse a que los adolescentes y adultos jóvenes constituyen un grupo especial de riesgo para ITS, VIH/Sida, debido a que atraviesan una etapa de experimentación sexual, exponiéndose a múltiples parejas sexuales y coito sin protección (Víctor, 2006). Las conductas más frecuentes son el uso inconsistente de condón, relaciones sexuales bajo efectos de alcohol y consumo de sustancias ilegales, así como el tener relaciones sexuales con parejas que conocen poco o que acaban de conocer, por lo que es necesario que el joven perciba el apoyo de las personas que los rodean (Campos, Ceballo, & Herazo, 2010).

El apoyo social en los jóvenes les permite creer que otros se preocupan por ellos y los quieren, que son estimados y valorados y que pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas, ya que la red social tiene un impacto duradero en la vida de cualquier persona, estas redes se encuentran integradas por los sujeto significativos cercanos al individuo constituyendo su ambiente social primario, formado por los miembros de la familia nuclear, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y conocidos de la comunidad, el aspecto importante de estas redes es que son personas emocionalmente significativas para el individuo. Las redes cumplen la función de proveer el apoyo social, el cual genera



herramientas necesarias para la persona dentro de su contexto cotidiano (Orcasita, Uribe, Castellanos, & Gutiérrez, 2012).

El apoyo social es un componente fundamental para el desarrollo del bienestar individual y familiar, respondiendo a las necesidades y momentos de transición dentro del proceso de desarrollo en cada sujeto (Teresa & Fernanda, 2010). Disponer de personas de confianza a las que poder escuchar su opinión o simplemente tener la sensación de ser escuchados y aceptados como personas, ha demostrado tener un fuerte impacto tanto en la autoestima como en la capacidad, para afrontar adecuadamente situaciones difíciles y estresantes (Lin, & Ensel, 1989).

Misitu y Cava (2003) refiere que cuando se recibe mayor apoyo de su familia, se presentan conductas de afrontamiento efectivas contra riesgos de ITS, VIH/Sida. El joven percibe el bajo apoyo familiar y se involucra en relaciones sexuales desprotegidas que llevan al embarazo temprano, ITS y la infección por VIH. Los factores que determinan las conductas riesgosas son edad, expectativas educacionales, comportamiento general, influencia de los pares, influencia de los padres, calidad de vida comunitaria, autoestima baja, en los factores de riesgo de amplio espectro se encuentran: familias con pobres vínculos entre sus miembros, violencia intrafamiliar, pertenecer a un grupo con conductas de riesgo, deserción escolar, apoyo de vida débil, locus de control externo, bajo nivel de resiliencia (Paramo, 2011).

Lazarus y Folkman (1986) refieren que en situaciones de amenaza o de riesgo utilizan estrategias positivas que se orientan al dominio de la situación, para evitar minimizarlas las denominadas estrategias de afrontamiento positivo. El

afrontamiento se refiere a la serie de pensamientos y acciones que capacitan a las personas para manejar situaciones difíciles (Stone, Helder, & Schneider, 1988). Es un proceso de esfuerzos dirigidos a manejar del mejor modo posible ya sea reduciendo, minimizando, tolerando o controlando las demandas internas y ambientales.

Existen diversas estrategias afrontamiento que puede manejar un individuo. El uso de unas u otras, suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce. El afrontamiento y la protección familiar, son mecanismos efectivos para evitar o disminuir las conductas sexuales de riesgo, ya que si el joven, tiene conocimiento sobre esta problemática que se está dando en el medio social, principalmente en el entorno de los jóvenes, es posible que no se involucre con mucha facilidad en este tipo de conductas, sin embargo si el adolescente recibe educación sexual en el seno de la familia y si los padres se envuelven en esta dinámica para reforzar la conducta de afrontamiento al riesgo no es tan frecuente que el joven se vea rodeado de prácticas sexuales riesgosas, como la de contraer ITS/VIH o embarazos no deseados.

Resulta de interés para la profesión de enfermería investigar este tema para poder trabajar directamente con la población de jóvenes respecto a la educación para la conducta sexual segura, contribuyendo a que a la larga se disminuya el contagio de ITS, VIH/Sida. De acuerdo con lo anterior, el presente estudio tiene como objetivo determinar la relación que existe entre el apoyo familiar para la conducta sexual segura y el afrontamiento al riesgo sexual en jóvenes de una Universidad Privada de Chiapas. Marco de Referencia

Para este estudio se utilizó el modelo de resiliencia en el adolescente (ARM) (Haase, 2004). El modelo propone una representación integral del proceso y resultado de resiliencia mediante factores de riesgo y factores de protección durante la etapa del desarrollo. Los principales supuestos que maneja el modelo son: 1) el cambio de una persona puede ser observado a través de las etapas de desarrollo desde la primera

infancia hasta la edad adulta, este cambio se acentúa durante la adolescencia 2) la adolescencia, vista como una etapa de desarrollo, abarca los cambios físicos de la pubertad, y su experiencia previa y durante la misma, 3) la persona posee recursos y fortalezas para gestionar con flexibilidad los factores de estrés para obtener resultados positivos, 4) los adolescentes tienen respuestas específicas a la salud y la enfermedad, 5) la familia y la sociedad son elementos importantes en protección del adolescente.

El modelo ARM está integrado por dos factores de riesgo, el individual y el relacionado con la enfermedad, además de factores de protección clasificados en familiar, social e individual y un factor resultado denominado resiliencia. En relación al significado de factores de riesgo individual y el relacionado con la enfermedad se emplean en respuesta a situaciones estresantes exacerbando los problemas de salud y estrategias de afrontamiento defensivo denominado de negación.

En relación a los factores de protección, el familiar se considera como una fuente importante de protección ante situaciones de riesgo del adolescente. En el factor de protección individual es donde se encuentran las estrategias de afrontamiento positivo que proporcionan una mayor capacidad para modificar

resultados inadecuados en el adolescente. Para fines de este estudio se utilizaron los factores de protección familiar e individual, este último, abarcando las estrategias de afrontamiento positivo y el factor de riesgo afrontamiento defensivo.

Los factores de protección son todas aquellas variables que disminuyen la probabilidad de involucrarse en conductas de riesgo. Los factores de protección se reconocen como aquellas características ambientales e individuales que refuerzan a los individuos para que no estén bajo los efectos negativos del ambiente (Gómez & Kotliarenco, 2010). En el campo de la salud hablar de factores protectores es hablar de características detectables en individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud y que puede contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo y, por lo tanto, reducir la vulnerabilidad ya sea general o específica (Donas, 2001).

De acuerdo con Haase (2004) los factores de protección familiar son componentes que se encuentran dentro y fuera de la familia, como una fuente importante de protección para el adolescente contra problemas psicosociales para que el adolescente practique conductas sexuales seguras, ya que esta es culturalmente vista como apoyo. La red familiar se conforma de las personas íntimamente relacionadas en una familia nuclear. En situaciones de crisis y de riesgo los miembros de la familia dependen en gran medida de su red de apoyo. En la adolescencia se observa una tendencia a minimizar los posibles efectos negativos derivados de la práctica de actividades que representan riesgos para la salud. El conocimiento en esta fase es generalmente optimista con la reducción del potencial de riesgo que ocasiona determinada conducta, además los adolescentes no demuestran sentirse más vulnerables que una persona adulta a los daños

derivados de actividades que encierren riesgos (Lawrence, Macfarlane, Yanez, & Walter, 1995).

El constante apoyo familiar representa un modo ininterrumpido de estímulo protector, así como el control efectivo ejercido por los padres, se consideran como apoyo familiar para la conducta sexual segura, las relaciones afectivas de protección y cuidado que brindan los miembros de la familia para favorecer en el adolescente la práctica de conductas sexuales seguras. El apoyo familiar y el control efectivo ejercido por los padres favorecen en el joven la práctica de conductas sexuales seguras.

Uno de los recursos es el que propone Marsiglia, Nieri y Rubín (2006) mencionan que en las familias donde existe una relación positiva entre padres e hijos, y se discuten temas relacionados con sexo seguro, el joven tiene menos posibilidades de verse involucrado en situaciones de riesgo sexual. Los factores personales se evidencian por lo biológico, a través de la salud física o del temperamento y se relacionan con las experiencias, con el ambiente a través de la autoestima y la confianza.

Ante tales factores de protección, el modelo de Lazarus y Folkman (1986) refiere que no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino la interpretación que el sujeto realiza de tales situaciones. El afrontamiento positivo es una estrategia utilizada para eliminar, reducir, tolerar el estrés o el riesgo. Para Lindqvist, Carlsson y Sjoden (2004) existen cinco estilos de afrontamiento: 1) el optimista, se caracteriza por el mantenimiento de actitudes positivas acerca del problema, 2) el confrontativo utiliza el afrontamiento y la confrontación para solucionar los problemas, 3) el de apoyo maneja los sistemas

personales, profesionales o espirituales de afrontamiento, 4) el autosuficiente, depende de la persona más que de otros para resolver el problema y 5) el paliativo, incluye realizar otras actividades para sentirse mejor. Los adolescentes utilizan estilos de afrontamiento para manejar con seguridad el estrés producido por los cambios de la adolescencia, permitiéndole de esta manera tomar decisiones sobre sexo seguro, el afrontamiento del riesgo sexual son: estrategias optimistas, confrontativas de apoyo, paliativas evasivas, fatalistas, emotivas, seguridad de sí mismo, que permiten que el adolescente evite conductas sexuales de riesgo.

Aunque el modelo fue creado para el trabajo con adolescentes, es importante mencionar que para fines de estudio se considera adecuado ya que la juventud es la culminación de la adolescencia y estas etapas comúnmente son vistas bajo el mismo contexto debido a que son similares o hasta incluso homónimas. De acuerdo a esto y para fines de este estudio se presupone que el apoyo que los jóvenes perciben por parte de su familia se relaciona con las estrategias de afrontamiento positivas y defensivas. Se espera que de acuerdo a este modelo a mayor apoyo familiar existan mayores estrategias de afrontamiento positivas y menos defensivas (figura 1).

Constructo	Protección familiar	Estrategia de afrontamiento
	El constante apoyo familiar, representa un modo ininterrumpido de estímulo protector, así como el control efectivo ejercido por los padres	Son los recursos que las personas utilizan para modificar los resultados los cuales se toman del contexto y varían de un individuo a otro
Concepto	Apoyo familiar para la Conducta Sexual Segura	Afrontamiento al Riesgo Sexual
	Es la percepción que tienen los jóvenes acerca de las relaciones afectivas, de protección y cuidado que brindan los miembros de su familia para que ellos practiquen conductas sexuales seguras.	Estrategias que los jóvenes utilizan para manejar el estrés producido por los cambios propios de la edad y las decisiones sobre sexo, estas pueden ser positivas (confrontativa)
Indicador	Escala de Provisión Social para Sexo Seguro (Darbes & Lewis, 2005)	Escala de afrontamiento de Jalowiec (1984)

Figura 1. Estructura Conceptual-Teórico-Empírica

### Estudios Relacionados

En este apartado se presentan los estudios de investigación relacionados con las variables de interés que son al apoyo familiar para la conducta sexual segura y el afrontamiento al riesgo sexual.

Orcasita, Uribe, Castellanos y Rodríguez (2012), realizaron un estudio con 359 adolescentes entre 12 y 18 años de una institución educativa del municipio de Lebrija Santander, España, con el objetivo de evaluar el apoyo social y las conductas sexuales de riesgo. Los autores reportaron que 52.4% de los adolescentes reciben información sobre conductas sexuales de riesgo de sus familiares. El 53.7% refiere pedir apoyo social a la familia. Se encontraron diferencias significativas entre los participantes que han iniciado sus relaciones sexuales y los que no han iniciado en cuanto al apoyo emocional ( $p = .02$ ), en donde aquellos que iniciaron su vida sexual perciben un apoyo emocional mucho más bajo que los adolescentes que no han iniciado su vida sexual. Al llevar a cabo una comparación del apoyo social percibido en función del sexo, se encontró diferencia significativa mediante la prueba U de Mann-Whitney en el apoyo emocional de los hombres y mujeres ( $p = .006$ ) evidenciando que las mujeres recibían mayor apoyo emocional y el 53.7 % de los adolescentes pide ayuda a la familia. Ante tales resultados, se muestra que el apoyo social familiar es importante para ayudar a disminuir las conductas de riesgo en los adolescentes.

Palos, Betancourt y Palacios (2006), llevaron a cabo un estudio con 142 estudiantes de escuelas técnicas, el objetivo fue determinar las diferencias de los factores familiares en adolescentes que no han iniciado su vida sexual activa. Se encontró que los adolescentes hombres que no han tenido relaciones sexuales perciben un mayor apego y una mayor comunicación sobre temas de sexualidad en



comparación con los adolescentes que tienen relaciones sexuales. Por lo que este estudio muestra la relación del apoyo familiar a los adolescentes y el apego entre padres ayuda al retraso de la actividad sexual.

Figueroa, Contini, Lacunza, Levin y Estévez (2005), llevaron a cabo un estudio para identificar y analizar las estrategias de afrontamiento en adolescentes con una población de 150 estudiantes de 13 a 18 años en Tucumán, Argentina. Se encontraron diferencias significativas entre varones y mujeres en cuanto a las estrategias de afrontamiento, tales como, buscar apoyo social en varones ( $M = 55.7, p < .05$ ) y mujeres ( $M = 67.4, p < .05$ ), falta de afrontamiento en varones ( $M = 46.3, p < .05$ ) y mujeres ( $M = 53.2, p < .05$ ), reducción de la tensión en varones ( $M = 35.3, p < .05$ ) y mujeres ( $M = 53.2, p < .05$ ) e ignorar el problema en varones ( $M = 47.5, p < .01$ ) y mujeres ( $M = 40.6, p < .01$ ).

Las principales estrategias de afrontamiento fueron la de preocuparse ( $M = 72.1; DE = 16$ ), buscar diversiones relajantes ( $M = 69.1; DE = 19.9$ ), fijarse en lo positivo ( $M = 68.8; DE = 16.2$ ) y buscar pertenencia ( $M = 68.4; DE = 14.9$ ) y distracción física ( $M = 67.3; DE = 26.4$ ). Lo que demuestra que las estrategias de afrontamiento las implementan más las mujeres que los hombres, las cuales no implican empeño por el adolescente, solo evitan el problema sin lograr soluciones, buscando la opinión de los demás sobre lo que le acontece, recurren a distracciones físicas como hacer deporte y mediante ello llegar a tomar aspectos positivos ante lo que están viviendo.

De la Paz, Teva y Buella (2009), evaluaron el efecto del sexo y la edad, sobre los estilos de afrontamiento, el estrés social y la búsqueda de sensaciones sexuales en 4456 adolescentes, observando que existe correlación significativa con

la búsqueda de sensaciones sexuales con el estilo de afrontamiento de solución de problemas (afrontamiento positivo, estilo confortativo) ( $r = .10$ ;  $p < .01$ ), relación con los demás (afrontamiento positivo, estilo emotivo) ( $r = .08$ ;  $p < .01$ ) y solución de problemas (afrontamiento positivo, estilo confrontativo) ( $r = .10$ ;  $p < .01$ ). Ante tales resultados los estilos de afrontamiento que predominan son los positivos, mostrando que las sensaciones sexuales pueden ser un factor predictor de riesgo en adolescentes.

González, Montoya, Casullo y Bernabeu (2002), estudiaron la relación entre el afrontamiento y el bienestar psicológico, así como la incidencia de la edad y el género sobre estas variables. La muestra estuvo formada por 417 adolescentes entre 15 y 18 años. Los resultados señalan que en un 4.4% las preocupaciones principales se centraron en problemas sexuales. Escasa relación entre la edad, afrontamiento y bienestar. En las mujeres se han obtenido relaciones negativas y significativas en la estrategia buscar pertenencia (estilo en relación con los demás). Las estrategias utilizadas según género muestran que los varones destacan en la distracción física, ignorar el problema y reservar el problema para sí, las mujeres lo hacen en los estilos de relación con los demás y el improductivo obteniendo una relación significativa y positiva, en la búsqueda de apoyo social hombres ( $M = 56.42$ ;  $DE = 17.09$ ) y mujeres ( $M = 73.50$ ;  $DE = 14.67$ ) ( $t = 10.83$ ). Y el afrontamiento según el nivel de bienestar, para profundizar en su relación, las mujeres con bajo bienestar utilizaban más que los varones el estilo de relación con los demás hombres ( $M = 44.7$ ,  $DE = 12.2$ ) y mujeres ( $M = 55.3$ ,  $DE = 9.0$ ) ( $t = -3.77$ ,  $p < .001$ ). Las estrategias de afrontamiento en relación al apoyo social muestran diferencia entre hombres y mujeres ya que estas son quienes utilizan

afrontamiento defensivo con estilo emotivo a diferencia de los hombres que utilizan un estilo de afrontamiento evasivo y un afrontamiento positivo con un estilo paliativo y de apoyo y seguridad de sí mismo.

Palacios y Andrade (2008), tuvieron como objetivo analizar la presencia de conductas de riesgo como la conducta sexual en jóvenes y probar el nivel de predicción con las prácticas parentales, la muestra fue de 1000 jóvenes en un rango de edad de 14 a 22 años. Los resultados mostraron que el 30.5 % ( $f = 305$ ) tienen vida sexual lo cual determina una conducta problema. Con la finalidad de conocer la influencia de las prácticas parentales sobre la covariación de las conductas problemáticas se llevó un análisis de regresión, en cuanto a la supervisión de la mamá ( $R^2 = .145$ ;  $p < .001$ ) de tal manera que a menor supervisión de la madre mayor número de conductas tendrá el adolescente y en el padre ( $R^2 = .016$ ;  $p < .001$ ) lo cual indica que, a mayor imposición por parte del papá, el número de conductas con las que se involucre el joven será mayor.

Tales resultados muestran la importancia de que la familia esté involucrada para evitar conductas problema como lo son las sexuales.

Della (2009), tuvo como objetivo analizar si las adolescentes utilizan estrategias específicas de afrontamiento del evento estresante, y si difieren de las elegidas por jóvenes embarazadas. La población se conformó de 300 adolescentes: 100 embarazadas, 100 no embarazadas y 100 madres, se utilizó un muestreo no probabilístico. La prueba “t” de diferencias entre medias demostró que existe una clara diferencia significativa entre los estilos y las estrategias utilizadas por ambos grupos. Las sub-escalas que muestran diferencias significativas entre las medias a favor del grupo no embarazadas son: buscar apoyo social ( $M = 71.84$ ;  $p < .010$ ) y

fijarse en lo positivo ( $M = 64.60$ ;  $p < .001$ ). Desde un enfoque preventivo, la identificación de las estrategias de afrontamiento con que cuenta el adolescente nos lleva a considerar los recursos que disponen éstos y que funcionan como factores protectores de su salud. El estilo de afrontamiento positivo parece ser el resultado de aprendizajes realizados en experiencias previas, que constituyen un estilo estable de afrontamiento, que determina las estrategias futuras.

Gonçalves, Castellá y Carlotto (2007), estudiaron los predictores de la conducta sexual de riesgo para contraer ITS-VIH/Sida. La población se conformó de 389 adolescentes de 15 a 27 años (41.4 % varones y 58.6 % mujeres). Los resultados refieren que los adolescentes que presentan bajos niveles de bienestar psicológico ( $\beta = -0.071$ ,  $p < .001$ , IC 95% [0.89 - 0.97]) ellos utilizan menos estrategias de afrontamiento para buscar pertenencia (causar buena impresión a la gente importante para el sujeto, preocuparse por las relaciones con los demás) ( $\beta = -0.119$ ,  $p < .01$ , IC 95% [0.80 - 0.97]) lo que refleja mayor comportamiento de riesgo. Tales datos nos muestran que los adolescentes que utilizan menos estrategias de afrontamiento pueden tener mayor posibilidad de realizar conductas sexuales de riesgo.

Los estudios demuestran la relación positiva que existe entre el apoyo familiar y el bajo nivel de relaciones sexuales a edad temprana en los jóvenes. Este fenómeno se acentúa cuando los padres brindan información sexual a sus hijos y cuando, además, existe un mayor apego con alguno de los padres. En cuanto a las estrategias de afrontamiento en el adolescente, se ha encontrado que estas en conjunto con el apoyo familiar ayudan a disminuir los riesgos, tomando en cuenta que las mujeres buscan una estrategia que involucre a personas, y los hombres

buscan aquellas estrategias que traten de ignorar el problema o estrategias que lo puedan evadir.

**Definición de Términos.** Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura: Es la percepción que tienen los jóvenes acerca de las relaciones afectivas, de protección y cuidado que brindan los miembros de su familia para que ellos practiquen conductas sexuales seguras.

Afrontamiento al Riesgo Sexual: Estrategias que los jóvenes utilizan para manejar el estrés producido por los cambios propios de la edad y las decisiones sobre sexo, estas pueden ser positivas (confrontativa, optimista, paliativo y apoyo y seguridad de sí mismo) y defensivas (evasiva, fatalista y emotiva).

### **Objetivo General**

Determinar la relación que existe entre el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura y el Afrontamiento al Riesgo Sexual.

### **Objetivos Específicos**

Describir el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura.

Identificar el Afrontamiento al Riesgo Sexual positivo (Confrontativo, Optimista, Paliativo, Apoyo y Seguridad en sí mismo) y defensivo (Evasivo, Fatalista y Emotivo).

## **Metodología**

Este apartado describe la metodología del estudio, se presenta el diseño del estudio, población, muestreo, 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 realizó un estudio descriptivo correlacional Descriptivo porque describe el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura y el Afrontamiento al Riesgo Sexual en jóvenes y correlacional porque se buscó establecer la relación entre las variables de estudio. La variable independiente fue el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura y la dependiente el Afrontamiento al Riesgo Sexual de los jóvenes de acuerdo al género. El diseño utilizado fue descriptivo correlacional, considerado apropiado para alcanzar el propósito del estudio, incluye la descripción y la asociación de las variables de interés (Burns & Grove, 2004; Polit & Hungler, 1999).

**Población, Muestra y Muestreo.** La población se conformó por jóvenes estudiantes de 18 a 21 años de edad inscritos en una Universidad Privada de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas. El tamaño de la muestra fue de 311 calculado mediante el programa estadístico nQuery Advisor versión 4, 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 estratificado.

## **Criterios de Exclusión**

Jóvenes en unión libre o casados.

**Instrumentos de Medición.** En el presente estudio se utilizó la cédula de datos sociodemográficos el cual consta de los siguientes datos: edad, género, semestre de la carrera que actualmente está cursando y estado de la relación .

**Escala de Afrontamiento al Riesgo Sexual de Jalowiec.** El instrumento que se utilizó fue la escala de afrontamiento (Jalowiec, 1984) el cual mide el afrontamiento defensivo y el afrontamiento positivo, esta escala evalúa el grado de utilización y efectividad percibida sobre las estrategias cognitivas y conductuales a las que recurre el adolescente para afrontar el estrés producido por el riesgo sexual. La escala se puede emplear de dos formas específica (Parte A) y general (Parte B); para este estudio se utilizó la Parte A ¿Con qué frecuencia has usado cada método de afrontamiento? Mediante la cual se evalúa la frecuencia con la que se ha utilizado el método de afrontamiento al riesgo sexual, se presenta en escala tipo Likert de cuatro puntos, 60 Ítems, cuyas respuestas son: 0 = nunca utilizado, 1 = rara vez utilizado, 2 = a veces utilizado y 3 = a menudo utilizado. La escala se compone de ocho estilos de afrontamiento, que corresponden al afrontamiento defensivo: estilo evasivo, fatalista y emotivo. El afrontamiento positivo a los estilos confrontativo, optimista, paliativo, apoyo y seguridad de sí mismo.

El afrontamiento evasivo (trate de huir del problema por un tiempo) consta de 12 ítems (7, 10, 14, 18, 20, 21, 28, 35, 40, 48, 56, 58) con puntuación de 0-36, el afrontamiento fatalista (esperaba lo peor que pudiera pasar) 4 ítems (9, 12, 23, 60) con puntuación de 0-12, estilo emotivo (me preocupe por el problema) de 5 ítems

(1, 8, 24,46, 51) con puntuación de 0-15 , el afrontamiento confrontativo (pensaba en diferentes maneras para manejar la situación) de 10 ítems (4, 13, 16, 25, 27, 29, 33, 38, 43, 45) con puntuación de 0-30,el afrontamiento optimista (tenía esperanza de que las cosas mejorarían) de 9 ítems (2, 5, 30, 32, 39, 47, 49, 50, 54) con puntuación de 0-27, el afrontamiento paliativo (comía o fumaba más de lo normal) de 7 ítems (3, 6, 26, 34, 36,44, 53) con puntuación de 0-21 y el afrontamiento de apoyo y seguridad de sí mismo (no expresaba sus sentimientos) de 7 ítems (19, 22, 31, 37, 41, 52,57) con puntuación de 0-21. La puntuación total para afrontamiento negativo va de 0-66 y la puntuación total para afrontamiento positivo va de 0-99. La validez de contenidos fue evaluada mediante un examen de panel de expertos conformado por 25 enfermeras investigadoras para determinar el acuerdo si los ítems eran los adecuados; la subescala de apoyo y seguridad de sí mismo presentó mayor acuerdo entre los jueces en un 94 % la de menor acuerdo fue la subescala emotiva en un 54% y con un acuerdo total de 78% para las ocho subescalas. Ha presentado Coeficiente de Alpha de Cronbach entre .88 y .91 (Jalowiec,1984) .

**Escala Provisión Social para Sexo Seguro.** Se utilizó la Escala Provisión Social para Sexo Seguro para medir el apoyo familiar y social para la conducta sexual segura (Darbes & Lewis, 2005) adaptada de la Social Provisions Scale (Cutrona & Russell, 1987). Esta escala mide la percepción de apoyo de la familia, pareja, amigos y proveedores de salud para la conducta de prevención de VIH. Contiene 78 reactivos, de los cuales 19 corresponden para apoyo familiar y el resto a las subescalas de apoyo de amigos, pareja y proveedores de salud. Un ejemplo de reactivo es, puedo confiar en mi familia para que me ayude a practicar el sexo seguro. Las respuestas están en escala tipo Likert que van 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. Con puntuación total de 1-95. Las puntuaciones mayores indican mayor percepción de apoyo familiar para la prevención del VIH. Este instrumento reportó un Alpha de Cronbach de .94 y un Test-retest a los 6 meses ( $r = .81$ ).

**Procedimiento de Recolección de Información.** Se solicitó la autorización para realizar el estudio a los Comités de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Se solicitó permiso por escrito a las autoridades del Instituto de Estudios Superiores para realizar el estudio, después de obtener la aprobación de los directivos de la institución educativa, se solicitaron las listas de asistencia de los estudiantes para proceder a seleccionarlos a través de un muestreo aleatorio estratificado, posteriormente se visitaron las aulas para invitar a los estudiantes seleccionados a participar en el estudio de investigación, se les explicó cuál fue el mecanismo que se utilizó para la selección, se les dio a conocer los criterios de inclusión para participar en el estudio, los cuales eran no estar casado ni vivir en unión libre, posteriormente se les informó el propósito del estudio, los que aceptaron participar se les proporcionó el consentimiento informado. Para que autorizaran su participación, se les aclaró que quienes no estaban dispuestos a participar en la investigación estarían en todo su derecho de retirarse del aula y que esto no repercutiría en sus estudios, se les entregó un sobre cerrado que contenían los instrumentos de recolección de datos como: cédula de datos sociodemográficos, Escala de Afrontamiento y la Escala de Previsión Social para Sexo Seguro. En todo momento se cuidó la privacidad de los estudiantes, en el transcurso de la

aplicación de los instrumentos. La recolección de datos se llevó a cabo en horarios que no interfirieron con clases.

**Consideraciones Éticas.** Para la realización del estudio se consideraron los artículos estipulados en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud (Secretaría de Salud, 1987) que establece lineamientos para considerar en la investigación científica relacionada a la salud. El Título segundo, hace referencia a los aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, de acuerdo al Capítulo 1, Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio de respeto a su dignidad

y protección de los derechos y el bienestar. Durante el proceso de implementación de los instrumentos de recolección de datos, se cuidó, respetar la dignidad y proteger la privacidad de los estudiantes que participaron, se les explicó que podían retirarse del estudio si en algún momento se sintieran incómodos, estresados, nerviosos o con ganas de llorar sin que esto afectara su situación dentro del Instituto Académico

El Artículo 14 y sus Fracciones V, VII Y VIII, en las que se encuentran implícitos, el consentimiento informado, el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación de Ética, se contó con la aprobación de la comisión de Ética e

Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, que otorgó el visto bueno para garantizar que se cumplieran con los principios éticos y científicos, para justificar el estudio, del mismo modo se obtuvo autorización de la dirección académica, del Instituto de Estudios Superiores privado de una localidad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Conforme a los Artículos 20 y 21 el sujeto autorizó su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se sometió con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. En el consentimiento informado se explicó claramente: la justificación y los objetivos de la investigación, los procedimientos que se utilizaron y el propósito, las molestias y los riesgos, la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración de cualquier duda, la libertad de retirar su consentimiento y la seguridad de no identificar al sujeto y la garantía de confidencialidad, de la información relacionada con su privacidad Fracciones I, II, III, VI, VII y VIII. Este estudio se considera de riesgo mínimo de acuerdo a lo establecido en el Artículo 17.

**Estrategia de Análisis de Datos.** El análisis de datos se realizó a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21. Se utilizó estadística descriptiva obteniendo frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, así como medidas de tendencia central para las variables numéricas. Posteriormente se utilizó la prueba de Kolmogorov Smirnov con Corrección de Lilliefors para determinar la normalidad de las variables

Para dar respuesta al primer objetivo específico que consistió en describir el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura así como el segundo objetivo referente a identificar el Afrontamiento al Riesgo Sexual (Positivo: Confrontativo, Optimista,

Paliativo, Apoyo y Seguridad en sí mismo) (Defensivo: Evasivo, Fatalista y Emotivo) se empleó la estadística descriptiva. En relación al objetivo general que consistió en examinar la relación que existe entre el Apoyo Familiar y el Afrontamiento al Riesgo Sexual se utilizó una prueba de Correlación de Spearman.



## Resultados

En este apartado se describen los resultados del estudio, las características sociodemográficas, la consistencia interna de los instrumentos, las características de la población, la estadística descriptiva de las variables de estudio y la estadística inferencial.

**Características Sociodemográficas.** En la tabla 1 se observan las características de la población, la muestra estuvo conformada por 311 jóvenes de nivel universitario, de los cuales predominó el género femenino con un 60.8%. La edad del grupo osciló entre 18 y 21 años con una media de edad de 20 (DE = 1.41). El grupo con mayor cantidad de participantes fue el perteneciente al segundo semestre con un 36.3%. De la población total, el 48.9% reportó tener una relación de noviazgo.

Tabla 1  
*Características de la población*

Variable	<i>f</i>	%
Edad		
18	23	7.4
19	62	19.9
20	74	23.8
21	151	48.6
Genero		
Femenino	189	60.8
Masculino	122	39.2

Continúa...

Variable	<i>f</i>	%
Semestre que cursa		
1	31	10.0
2	113	36.3
3	23	7.40
4	49	15.8
5	7	2.30
6	88	28.3
Estado de la relación		
Soltero	148	47.6
Relación de noviazgo	152	48.9
Separado	8	2.60
Divorciado	3	1.00
		N=311

Nota: ; *f* = Frecuencia; % = Porcentaje

**Consistencia Interna de los Instrumento.** Se analizó la consistencia interna de los instrumentos escala de Afrontamiento (Jalowiec, 1984) y la escala de la Provisión Social para Sexo Seguro (Darbes & Lewis, 2005) adaptada de la Social Provisions Scale (Cutrona & Russell, 1987) por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach, los cuales presentaron confiabilidad aceptable.

Tabla 2  
*Consistencia Interna de la escala Provisión Social para Sexo Seguro y Escala de Afrontamiento al Riesgo Sexual*

Instrumentos	No. Reactivos	Alpha de Cronbach
Apoyo familiar para la conducta sexual segura	19	.81
<i>Continúa...</i>		

Instrumentos	No. Reactivos	Alpha de Cronbach
Afrontamiento al riesgo sexual	59	.91
Afrontamiento positivo	33	.88
Confronta TiVo	10	.79
Optimista	9	.73
Paliativo	7	.55
Apoyo y seguridad de sí mismo	7	.65
Afrontamiento defensivo	21	.85
Evasivo	12	.75
Fatalista	4	.61
Emotivo	5	.61

n=311

Tabla 3  
*Prueba de Kolmogorov-Smirnov para la variable Afrontamiento al Riesgo Sexual*

Variable	M	Mdn	DE	Min	Max	D <sup>a</sup>	p
Apoyo familiar para la conducta sexual segura	58.95	58.21	15.36	8	100	.066	.003
Afrontamiento al riesgo sexual	52.43	53.11	13.54	5	92	.062	.006
Afrontamiento positivo	57.46	59.60	14.84	5	94	.068	.001
Confronta TiVo	60.36	63.33	18.67	3	100	.078	.001
Optimista	64.13	66.67	17.79	0	100	.087	.001
Paliativo	40.52	42.86	16.63	0	95	.076	.001
Apoyo y seguridad de sí mismo	61.35	64.90	18.15	5	100	.078	.001
Afrontamiento defensivo	45.10	44.44	16.68	0	95	.051	.049

*Continúa...*

Variable	M	Mdn	DE	Min	Max	D <sup>a</sup>	p
Evasivo	47.07	47.22	17.23	0	57	.056	.019
Fatalista	40.89	41.67	22.18	0	100	.109	.001
Emotivo	43.75	46.67	20.78	0	100	.048	.001

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

Da= Estadístico de la Prueba de Normalidad de K-S con Corrección de Lilliefors

En la tabla 3 se muestra el resultado de la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) con corrección de Lilliefors que obtuvo una distribución no normal (Da = .066,  $p < .05$ ). Para la variable de estudio Afrontamiento al Riesgo Sexual (Afrontamiento Positivo y Defensivo), los resultados muestran que las subescalas de Afrontamiento Positivo tienen una distribución no normal (Da = .068,  $p < .001$ ), al igual que la subescala de Afrontamiento Defensivo (Da = .051,  $p < .05$ ).

Los resultados para los diversos estilos del Afrontamiento Positivo muestran una distribución no normal. Para el estilo Confrontativo (Da = .078,  $p < .001$ ), Optimista (Da = .087,  $p < .001$ ), Paliativo (Da = .076,  $p < .001$ ) y Apoyo y Seguridad de sí mismo (Da = .078,  $p < .001$ ). Para los estilos referentes al Afrontamiento Defensivo también se obtuvo una distribución no normal. Para el estilo Evasivo (Da = .056,  $p < .05$ ), Fatalista (Da = .109,  $p < .001$ ) y Emotivo (Da = .084,  $p < .001$ ).

**Estadística Descriptiva.** Respecto al objetivo uno, que consiste en describir el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura, se puede apreciar en la tabla 3, que en general, los jóvenes reportan niveles medios de apoyo percibido ya que la media está ligeramente por encima del punto intermedio (M = 58.95, DE



= 15.36). Para dar respuesta al objetivo específico dos que indica identificar el Afrontamiento al Riesgo Sexual Positivo y Defensivo, se puede apreciar en la tabla 3, que, los jóvenes reportan niveles medios para esta variable ( $M = 52.43$ ,  $DE = 13.54$ ). Sin embargo, al contrastar los puntajes para la subescala de afrontamiento positivo ( $M = 57.46$ ,  $DE = 14.84$ ) contra afrontamiento defensivo ( $M = 45.10$ ,  $DE = 16.68$ ) se puede decir que las estrategias de afrontamiento que más reportaron utilizar los jóvenes fueron las positivas. De las cuales la subescala de estilo de afrontamiento optimista fue la más alta ( $M = 64.13$ ,  $DE = 17.79$ ) y de la subescala de estilo de afrontamiento defensivo, específicamente la fatalista fue la más baja ( $M = 40.89$ ,  $DE = 22.18$ ).

**Estadística Inferencial.** En relación al objetivo general que consistió en determinar la relación que existe entre el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura y el Afrontamiento al Riesgo Sexual, la tabla 4 muestra la correlación entre las variables de estudio. En el apoyo familiar con el afrontamiento al riesgo sexual se encontró una correlación positiva y débil ( $r_s = .162$ ,  $p < .01$ ), esto es que a mayor percepción de apoyo familiar mayor afrontamiento al riesgo sexual. A continuación, se presentan las correlaciones por cada una de las subescalas para afrontamiento positivo y defensivo.

El Apoyo Familiar para Sexo Seguro se relacionó de manera positiva y débil con el Afrontamiento Positivo ( $r_s = .265$ ,  $p < .01$ ), Confrontativo ( $r_s = .244$ ,  $p < .01$ ),

Optimista ( $r_s = .229$ ,  $p < .01$ ), Paliativo ( $r_s = .154$ ,  $p < .01$ ) y Apoyo y Seguridad de sí mismo ( $r_s = .215$ ,  $p < .01$ ). Por lo que se puede decir que a mayor apoyo familiar percibido por parte de los jóvenes mayores son las estrategias de

afrontamiento positivas. En el caso de la relación del Apoyo Familiar para Sexo Seguro y las estrategias de Afrontamiento Defensivas, no se encontró correlación con ninguno de los estilos de afrontamiento: Defensivo ( $r_s = .088$ ,  $p > .05$ ), Evasivo ( $r_s = .031$ ,  $p > .05$ ), Fatalista ( $r_s = .002$ ,  $p > .05$ ) y el Emotivo ( $r_s = -.055$ ,  $p > .05$ ). De acuerdo a estos resultados se puede apreciar que el apoyo familiar solo se relaciona con las estrategias de afrontamiento positivas.

Tabla 4  
Correlaciones entre el Apoyo Familiar para Sexo Seguro y el Afrontamiento al Riesgo

Variable	Apoyo familiar para sexo seguro
Afrontamiento al riesgo sexual	.162**
Afrontamiento positivo	.265**
Confrontativo	.244**
Optimista	.229**
Paliativo	.154**
Apoyo y seguridad de sí mismo	.215**
Afrontamiento defensivo	-.088
Evasivo	.031
Fatalista	.002
Emotivo	-.055

Nota: n =311

## Discusión

El propósito del presente estudio fue determinar la relación que existe entre el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura y el Afrontamiento al Riesgo Sexual en 311 jóvenes entre 18 y 21 años de nivel universitario de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Para este estudio se utilizó el Modelo de Resiliencia en Adolescentes de Haase (2004). A continuación, se discuten los resultados obtenidos.

En relación al objetivo general que consistió en determinar la relación que existe entre el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura y el Afrontamiento al Riesgo Sexual se encontró una correlación significativa. Lo que quiere decir que si el joven cuenta con el apoyo familiar contará con más estrategias para el afrontamiento al riesgo sexual, esto coincide con lo reportado por Orcasita, Uribe, Castellanos y Rodríguez (2012), quienes mencionan que el apoyo familiar es importante para ayudar a disminuir las conductas de riesgo en los jóvenes, ya que el apoyo familiar que reciben los jóvenes en el seno de la familia ayuda a no exponerse al riesgo sexual. De la misma manera Palacios y Andrade (2008) analizaron la importancia de que la familia esté involucrada en el apoyo para evitar conductas y riesgos sexuales.

En relación al objetivo uno que menciona describir el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura, se encontró que en general los jóvenes perciben apoyo por parte de sus padres, esto indica que los padres son una de las redes de apoyo que son consideradas por los jóvenes al momento de tomar decisiones entorno a su

sexualidad. El apoyo es el medio más importante con el que cuenta la persona para afrontar los cambios y las situaciones nuevas de la adolescencia (Gracia, Herrero, & Misitu, 1995), respecto a esto hay que tomar en cuenta el ambiente social que influye en los jóvenes, ya que los considera como su principal fuente de apoyo. De acuerdo con esto el apoyo familiar es de vital importancia para que el joven implemente estrategias en la práctica de sexo

Para el objetivo dos que se refiere a Identificar el Afrontamiento al Riesgo Sexual positivo y defensivo se encontró que las estrategias positivas si se relacionan y las defensivas no. Della (2009), reportó que el estilo de afrontamiento positivo parece ser el resultado del aprendizaje realizado en experiencias previas, que constituyen un estilo estable de afrontamiento que determinan las estrategias futuras que lo llevan a afrontar el riesgo sexual. Figueroa, Contini, Lacunza, Levin y Estévez (2005), demuestran que las estrategias de afrontamiento las implementan más las mujeres que los hombres. Esto demuestra el alto valor significativo de las estrategias empleadas por los jóvenes para el afrontamiento al riesgo sexual. El apoyo familiar con el afrontamiento positivo es significativo ya que existen diferentes conductas que el adolescente adopta durante la adolescencia, debido al cambio de esa etapa que representa un riesgo para la práctica del sexo seguro. El afrontamiento defensivo que consta de tres estilos, evasivo, fatalista y emotivo no tuvo correlación significativa, de acuerdo a estos resultados, se aprecia que el apoyo familiar solo se relaciona con las estrategias de afrontamiento positivas.

En cuanto a la variable de afrontamiento al riesgo sexual (afrontamiento positivo: confrontativo, optimista, paliativo, apoyo y seguridad en sí mismo) los

estudios demuestran que estos estilos de afrontamientos son todas las acciones que el joven implementa para evitar conductas sexuales de riesgo. En el estilo optimista se encontró que a mayor apoyo familiar es mayor el afrontamiento positivo al riesgo sexual, el afrontamiento paliativo indica que a mayor apoyo familiar es mayor el afrontamiento positivo al riesgo sexual, y en el estilo de apoyo y seguridad de sí mismo se encontró que a mayor apoyo familiar las estrategias de afrontamiento sexual son más efectivas en los jóvenes. Logrando afrontar los momentos de estrés en relación a los riesgos sexuales, ya que los estudios reportan la relación que existe entre el apoyo familiar y el bajo nivel de relaciones sexuales a edad temprana. De acuerdo a los resultados del estudio se puede observar que el apoyo familiar sólo se relaciona con las estrategias positivas.

**Limitaciones.** Estos resultados sólo se pueden tomar como referencia para una población similar a la estudiada en cuanto a sitio geográfico y características de los participantes. Conclusiones

Los instrumentos de recolección de datos como: la escala de Afrontamiento al Riesgo Sexual y la escala de Provisión Social para Sexo Seguro obtuvieron una confiabilidad aceptable de igual manera la técnica de aplicación de las encuestas es adecuada para la recolección de datos, sobre temas de sexualidad.

En general los jóvenes perciben apoyo familiar por parte de sus padres y se hace evidente que las estrategias de afrontamiento que mayormente utilizan son las positivas.

Los datos estadísticos demuestran que existe correlación significativa entre el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura y el Afrontamiento al Riesgo Sexual. El Apoyo Familiar y la subescala de Afrontamiento Defensivo, con los estilos: Evasivo, Fatalista y Emotivo no obtuvieron correlación significativa.

El Apoyo Familiar y la subescala de Afrontamiento Positivo con los estilos: Confrontativo, Optimista, Paliativo y Apoyo y Seguridad de sí mismo, presentaron correlación significativa.

**Recomendaciones.** Se recomienda que se sigan realizando investigaciones en jóvenes estudiantes de universidades para conocer si tienen apoyo familiar para la conducta sexual segura y qué clases de mecanismos utilizan para el afrontamiento al riesgo sexual.

Se recomienda realizar este estudio con estudiantes de mayor y menor edad, así como aquellos que no provienen de familias nucleares para conocer si la relación entre ambas variables se sostiene.

También se hace evidente la necesidad de integrar a los padres como pieza fundamental en programas de prevención de ITS-VIH/Sida y embarazos no planeados ya que se hace evidente el efecto protector que tiene la familia.

## Referencias

Barros, T., Barreto, D., Pérez, F., Santander, R., Yépez, E., & Aband-Franch, F (2001).

Un modelo de prevención primario de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA en adolescentes. Panamericana salud pública /Panam Public Health. 10, 86-94.

BOLETÍN DÍA MUNDIAL DEL SIDA. (2022). En gob.mx. CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH Y EL SIDA. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/778212/BOLETIN\\_DAI\\_DIA\\_MUNDIAL\\_DEL\\_SIDA\\_.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/778212/BOLETIN_DAI_DIA_MUNDIAL_DEL_SIDA_.pdf)

Burns, N., & Grove, S. (2004). Introducción a la investigación cuantitativa, (3ªed.) Madrid, España. Elsevier

Caballeros, R., Villaseñor, A., & Hidalgo, A. (1997). Fuentes de información y su relación con el grado de conocimientos sobre el sida en adolescentes de México. Revista. Saúde Pública 14, 351-359.

Campos, A. A., Ceballo. G.A., & Herazo, E. (2010). Prevalencia del patrón de comportamiento de riesgo para la salud sexual y reproductiva en estudiantes adolescentes. Revista. Latino-Am. Enfermagem, 18, 1-5

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/awoerry/itemKey/AH9TWEF>

Darbes, L.A., & Lewis, M. A (2005). HIV specific social support predicts less sexual risk behavior in gay male couples. *He social at Psychol* 24, 617–22

De la Paz, B. M., Teva, I., & Buela, C.G. (2009). Influencias de variables sociodemográficas sobre los estilos de afrontamiento, al estrés social la búsqueda de sensaciones sexuales en adolescentes. *Psicothema*. 21, 220-226.

Della, M. M. (2009). Estrategias de afrontamiento en adolescentes

Donas, B.S. (2001). Protección, riesgo y vulnerabilidad: Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes y las adolescentes. *Adolescencia y juventud en América Latina Latinoamericanos*. 489-499.

Evangelista, G.A., & Kauffer M.E. (2011). Compartiendo saberes sobre VIH-Sida en

Chiapas, Centro de investigación en salud de Comitán, 77-98

Figueroa, I.M., Contini, N., Lacunza, B.A., Levin, M., & Estévez, S. A. (2005). La estrategia de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar Psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán. *Anales de Psicología*. 21, 66-72.

Gracia, E. (1997). El apoyo social en la intervención social y comunitaria, 19-51, Madrid: Paidós



Gracia, E., Herrero. & Misitu, G, (1995). El apoyo social, Barcelona, Paidós.Iberica. Goncalves, C.S., Castellá, S. J., & Carlotto, S.M. (2007).

Predictores de Conductas

Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. Revista Interamericana de Psicología./Interamericana Journal of Psicología 4, 161-166

Haase, J.E. (2004). The adolescent resilience model as guide to interventions, Journal of Pediatric oncology nursing. 21, 289-299.

Jalowiec A. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec coping scale. Nursing Research. 33 (3), 157-161.

Gómez, E., & Kotliarenco, M. A (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de Investigación e intervención con familias multiproblemáticas. Revista Psicología, 2, 103-130.

González, B. R., Montoya, C, I., Casullo, M.M., & Bernabéu, J, V. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes, Psicothema , 14, (2), 363-368.

Lazarus, R. & Folkman S. (1986). El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos. Ediciones Martínez Roca. S.A., Barcelona, España.

Lawrence, D.C., Macfarlane, S., Yanez, C. & Walter, K.I. (1995). Risk-Perception: Differences between Adolescents and Adults. Revista. Health Psychology. 14, 3-217.

- Lindqvist, R., Carlsson, M., & Sjöden, P (2004). Coping strategies of people with kidney transplants. *Journal of advance Nursing*.45, 47-52
- Lin, N. y Ensel, W.M. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399.
- Marsiglia, F.F., Nieri, T. & Rubin, S. A., (2006). HIV/AIDS protective factors among urban American Indian *Journal of Health Care for poor and undeserved*, 17,745-758.
- Misitu, G., & Cava, J. M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*.12, 179-192.
- Orcasita. T. L., Uribe. F.A., Castellanos. P.L., & Gutiérrez. R.M., (2012). Apoyo social y conductas sexuales de riesgo en adolescentes del municipio de Lebrija Santander. *Revista de Psicología* 30, 373-406.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011).10 datos sobre el VIH/SIDA Recuperado de <http://www.who.int/features/factibles/hiv/es/index.html>
- Palos. A. P., Betancourt. O. D., & Palacios. D.J. R., (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes *Revista Colombiana de Psicología*. 15, 91-101
- Palacios, J. & Andrade, P. (2008). Influencia de las prácticas parentales en las conductas problema de los adolescentes. *Revista Universitaria Multidisciplinaria*, 7(7), 7-18.

Paramo, M.A. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia. *Terapia Psicológica*, 29, 85-95.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA] (2008).

Informe Anual del ONUSIDA. Conoce tu epidemia, 2007. Recuperado Marzo 2013 de: [data.unaids.org/pub/report/2008/jc1535\\_annual\\_report07\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/report/2008/jc1535_annual_report07_es.pdf)

Polit, F., & Hungler, P. (1999). *Investigación científica en ciencias de la salud*. México McGraw-Hill, Interamericana

Secretaria de Salud. (1987). *Reglamento de la ley general de salud en material de investigación para la salud*. (México). Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Stone, A. A., & Neale, J.M. (1984). New measure of daily coping: development and preliminary results. *Soc Psychol*, 46, 892-906.

Helder L. & Schneider MS. (1988). Coping with stressful events. Coping dimensions and issues. En: Cohen LH (ed.). *Lifevents and psychological functioning: Theoretical and methodological issues*. Newbury Park: Sage, 182-210.

Teresa, OPL y Fernanda, URA (sin fecha). *La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes* .

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1900-23862010000200007](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862010000200007)

Víctor, S. (2006). Factores asociados al no uso del condón. Anales de la facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos 152-

## ***CAPÍTULO 8***

### **EL APOYO FAMILIAR Y SU IMPACTO EN LA CONDUCTA SEXUAL SEGURA Y LA INCERTIDUMBRE SEXUAL EN JÓVENES UNIVERSITARIOS**

*Raquel Alicia Benavides Torres*

*Georgina Del Carmen Celvera Córdova*

*Dora Julia Onofre Rodríguez*

*Carmen Ivette Hernández Vergara*

#### **Introducción**

La mayoría de los jóvenes inicia su vida sexual en la adolescencia, logra evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual y desarrolla relaciones saludables respetuosas y comprometidas. Sin embargo, comparados a otros grupos de edad, los adolescentes tienen tasas desproporcionadamente altas de morbilidades derivadas de la conducta, incluyendo infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados (Corona & Funes, 2015). Corona, H. F., & Funes,

D. F. (2015). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 74–80.

A finales del 2022, en Latinoamérica se estimó que 2,2 millones de personas estaban viviendo con VIH, con una prevalencia de 0,5% en adultos de 15 a 49 años

En 2022, se estimó que, México presentó 20 mil nuevas infecciones de VIH, tendencia que se mantiene desde el 2019, las mayores incidencias fueron en hombres; para grupos de edad y para ambos sexos, las mayores incidencias se presentaron en el grupo de 20- 49 años. (“BOLETÍN DÍA MUNDIAL DEL SIDA,” 2022)

La candidiasis urogenital y el Virus del Papiloma Humano (VPH) fueron las afecciones de mayor incidencia en jóvenes de 15 a 24 años, siendo más alta la incidencia entre los jóvenes de 20 a 24 años; no se observa tendencia clara de disminución, lo que es preocupante, pues es precursora de lesiones que pueden terminar malignizándose (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021). Entre 2015 y 2023, la tasa específica de fecundidad de adolescentes se redujo en 16.7 por ciento, al descender de 72.4 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años a 60.3 (De Población, 2023) De Población, C. N. (n.d.).

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en el periodo de 2018 a 2019, entre las y los adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad, 24.4% de los hombres y 18.0% de las mujeres ya iniciaron vida sexual,

del total 68.6% de las y los adolescentes usó de manera consistente un método anticonceptivo moderno (Villalobos, et al, 2020). Villalobos A, Ávila-Burgos L, Hubert C, Suárez-López L, de la Vara-Salazar E, Hernández-Serrato MI, Barrientos-Gutiérrez T. Prevalencias y factores asociados con el uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes, 2012 y 2018. Salud Publica Mex [Internet]. 24 de noviembre de 2020 [citado 31 de octubre de 2024];62(6, Nov-Dic):648-60

En el periodo del 2019 a 2022 Tabasco ocupó el lugar 5 en incidencia de VIH, con 17.8 casos nuevos por cada 100 mil habitantes boletín

De los 17 municipios de la entidad cinco y cuatro han reportado mayor incidencia con seropositivos

Un tema trascendental es el embarazo en las jóvenes, muchas de ellas inician su actividad sexual sin la debida protección, exponiéndose no sólo a un embarazo no deseado, sino también a enfermedades de transmisión sexual, en Tabasco, se registraron 19 451 nacimientos en el 2023 de los cuales 2 159 fueron en madres adolescentes de 10 a 17 años (INEGI 2024).

Estas infecciones pueden deberse a que los jóvenes se encuentran en una etapa de múltiples cambios, en la cual por lo general, no se encuentran maduros en el plano psicológico, social y emocional para enfrentar el proceso de la reproducción; lo que provoca que muchos inician una actividad sexual precoz basadas en relaciones pasajeras sin protección, carentes de amor, donde el continuo cambio de pareja es habitual, lo cual convierte la conducta sexual de los

adolescentes en conductas de riesgo, que lo pueden llevar tanto al embarazo no planeado y/o a padecer una Infección de Transmisión Sexual (ITS); (Comportamiento Sexual De Alto Riesgo | Cigna, 2024) Comportamiento sexual de alto riesgo | Cigna. (n.d.).

El apoyo social se refiere a un proceso interactivo en el que la persona percibe o experimenta que es querida, valorada y se siente partícipe en una red social de interacciones mutuas. Existen evidencias científicas de que la familia, el profesorado y los amigos/compañeros son las principales fuentes de apoyo de los jóvenes, y que estas tres fuentes pueden proporcionar diferentes influencias sobre la satisfacción con la escuela, el ajuste escolar y el bienestar de los adolescentes (Gutiérrez et al., 2021)

El apoyo familiar percibido por los jóvenes ha demostrado ser un factor protector para que ellos no realicen conductas sexuales de riesgo, en este sentido Santander, Zubarew, Santelices, Argollo, Cerda y Bórquez (2007), encontraron que la presencia de un adecuado vínculo familiar disminuye significativamente la posibilidad de todas las conductas de riesgo en los jóvenes. Autores como Bermúdez, Sánchez y Buela- Casal (2000), refieren que la comunicación entre los hijos y sus padres es un aspecto fundamental en el apoyo que percibe el joven y a su vez es un factor protector para las conductas sexuales. La comunicación es la respuesta para conservar una relación idónea entre padres e hijos, ya que genera un ejercicio de confianza y respeto mediante el diálogo.



Aunque es bien conocido que existe un beneficio de esta percepción de apoyo, es común que a esta edad los jóvenes sientan que sus padres no los comprenden y existe un alejamiento con la familia, donde la comunicación familiar es poca o nula. Salazar et al. (2007), evidenciaron que los jóvenes con regular y mala comunicación familiar tienden a iniciar las relaciones sexuales a más temprana edad.

Por su parte, el modelo de resiliencia de Haase (2004) el cual fue adaptado por Castillo y Benavides (2012), propone que las relaciones afectivas de protección y de cuidado que brindan los miembros de la familia para favorecer las conductas sexuales seguras, se relacionan con las creencias y valores sexuales de los jóvenes en relación con las nuevas sensaciones que experimenta el joven durante su adolescencia.

Un factor que ha demostrado ser determinante para que los jóvenes tomen decisiones inadecuadas es la incertidumbre sexual. Salazar et al. (2007), demostraron en su investigación que un perfil de jóvenes con conocimientos de sexualidad deficientes puede reflejar una sexualidad perturbada que lo lleva a tener relaciones sexuales a más temprana edad, además cabe mencionar que los jóvenes se encuentran en un periodo crítico del desarrollo, donde ocurren grandes transformaciones que van generando un sentimiento de incertidumbre frente a lo que acontece. En esta etapa se presentan cambios fisiológicos (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), estructurales (anatómicos), psicológicos (integración de la personalidad e identidad) y la adaptación a los cambios culturales y/o sociales (OMS)

Por otra parte, la familia suele tener un impacto positivo. La familia tiene un rol mediador en los procesos de salud-enfermedad de los integrantes de la familia, siempre y cuando sepan adaptarse a las circunstancias (Paredes & Santa-Cruz-Espinoza, 2021). Paredes, J. C., & Santa-Cruz-Espinoza, H. (2021). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Enfermería Global*, 20(2), 109–128. <https://doi.org/10.6018/eglobal.4387>

Gutiérrez (2000) refiere que una de las finalidades humanas y sociales esenciales para las cuales se ha establecido la familia es para el moldeamiento de los papeles sexuales en los jóvenes, lo cual prepara el camino para la maduración sexual. De acuerdo con lo anterior, se puede asumir que el apoyo que los padres brindan a los jóvenes durante esta etapa influye de manera considerable en la incertidumbre que genera esta etapa y el proceso de toma de decisiones que es común y los lleva a la independencia. Orcasita, Peralta, Valderrama y Uribe (2010), encontraron que en las familias cuidadoras existe comunicación, confianza y control de las situaciones de riesgo, este hecho hace que las jóvenes se sientan acompañadas, consideradas, queridas y confiables de este modo manifiestan preocupación por no faltar a esa confianza para no defraudar el concepto positivo que se tiene, por lo tanto, los límites claros establecidos por la familia

y dialogados con la joven constituyen un factor protector cuando se internaliza (Baeza, Póo, Vasquez, Muñoz & Vallejos, 2007).

De acuerdo con lo planteado anteriormente se puede decir que la incertidumbre sexual se disminuye cuando existe una percepción de apoyo familiar

por parte de los jóvenes para la conducta sexual segura, y que éste podría estar actuando como factor de protección en los jóvenes para adquirir ITS-VIH/Sida y embarazos no planeados. Los resultados del presente estudio permitirán conocer la interacción entre estas dos variables para que en un futuro el personal de enfermería y los profesiones de la salud que se encargan del cuidado de los jóvenes puedan brindar un cuidado integral, desde una perspectiva holística que incluya en sus programas de prevención de ITS-VIH/Sida y embarazos no planeados a la familia como un componente importante. Por lo que el objetivo general del presente estudio fue determinar la relación que existe entre el apoyo familiar para la conducta sexual segura y la incertidumbre sexual en jóvenes de una universidad pública de Villahermosa, Tabasco.

## Marco de Referencia

Para este estudio se utilizó como base el Modelo de Resiliencia en Adolescentes (MRA) (Haase, 2004), el cual considera los factores que intervienen para que los adolescentes se ajusten de manera positiva a las circunstancias difíciles de la vida. Este modelo aborda variables tanto biológicas como psicosociales (Haase, 2004). El MRA propone de manera integral que la resiliencia es un proceso y un resultado que se desarrolla en la adolescencia. De acuerdo con este modelo se describen los supuestos y la relación de los conceptos elegidos para dar explicación al fenómeno de interés.

El modelo parte de los siguientes supuestos: 1) el cambio en una persona puede ser observado a través de las etapas de desarrollo desde la primera infancia hasta la edad adulta, este cambio se acentúa durante la adolescencia; 2) la adolescencia es vista como una etapa de desarrollo, abarca los cambios físicos de la pubertad y su experiencia previa y durante la misma; 3) la persona posee recursos y fortalezas para gestionar con flexibilidad los factores de estrés para obtener resultados positivos; 4) los adolescentes tienen respuestas específicas a la salud y la enfermedad; 5) la familia y la sociedad son elementos importantes en la protección del adolescente. De acuerdo con esto, el modelo está integrado por factores de riesgo, factores de protección y el factor resultado que es la resiliencia; para fines de este estudio, sólo se abordaron conceptos de los dos primeros factores. Se denominan factores de protección a las circunstancias, características, condiciones y atributos que facilitan al individuo lograr la salud integral (Rojas, 2001). De acuerdo con esto los factores de protección familiar son componentes

que se encuentran dentro y fuera de la familia siendo una fuente importante de protección para el adolescente contra problemas psicosociales.

Para guiarlos de forma segura y efectiva, garantizando así el desarrollo del potencial humano, la familia se presenta como apoyo incondicional, promueve la unidad y busca significados en situaciones difíciles (Gómez , 2007). Para fines de este estudio se consideró el apoyo familiar que percibe el joven para la conducta de sexo seguro.

En cuanto a los factores de riesgo, se puede decir que son los atributos o cualidades de un sujeto o comunidad unidos a una mayor probabilidad de daño a la salud (Rojas, 2001). En este sentido el riesgo se relaciona con aquellas circunstancias o factores que producen una influencia negativa en la Resiliencia. El MRA considera que un factor de riesgo en los adolescentes es la incertidumbre. Mishel (1997) define la incertidumbre como la incapacidad para dar sentido a los acontecimientos relacionados con la enfermedad. Así mismo Castillo y Benavides (2012) mencionan que la incertidumbre representa un riesgo relacionado con la etapa de la adolescencia la cual ejerce una influencia negativa en la conducta sexual inmediata y futura. Haase (2004) menciona que la incertidumbre es mayor cuando no posee información acerca de lo que le está sucediendo, no entiende la información que se le proporciona o cuando los eventos que le ocurren son extraños, desconocidos o inesperados.

Por su parte, Castillo y Benavides (2012) desarrollaron un modelo que se basa en el MRA y que ha sido aplicado con adolescentes para explicar la conducta

sexual resiliente (MRSA). El MRSA explica que el desarrollo de los factores protectores en el adolescente contrarresta los factores de riesgo sexual. El riesgo relacionado con la adolescencia tiene que ver con los cambios propios de la etapa que le provocan incertidumbre al adolescente. En el caso de los factores de protección de conductas sexuales de riesgo están integrados por la protección familiar, la social y la individual. Para fines del presente estudio, sólo se abordará la protección familiar contra el riesgo sexual, la cual se considera como el apoyo familiar para la conducta sexual segura que amortigua los efectos del riesgo sexual que en el caso del presente estudio es la incertidumbre sexual, ambos conceptos se explican a continuación

La familia se ha considerado la célula de la sociedad siendo la primera escuela de formación para los futuros miembros de ella, en donde se aprenden los valores y principios que formaran parte de su conducta, aparte de ser escuela, es también una fuente importante de apoyo contra todo tipo de problemas, entre ellos, los psicosociales, y uno de estos apoyos es el relacionado con conductas sexuales seguras. Castillo y Benavides (2012) definen apoyo familiar para la conducta sexual segura como las relaciones afectivas de protección y cuidado que brindan los miembros de la familia para favorecer en el adolescente la práctica de conductas sexuales seguras.

Durante la adolescencia y la juventud se producen una serie de cambios a nivel psicológico, físico, y social, durante esta etapa todas sus capacidades funcionan con mayor intensidad que en cualquier otro momento de su vida, entre ellas la capacidad sexual. Debido a esto, el joven se encuentra en una etapa de

confusión provocada por las nuevas sensaciones que experimenta, por lo que en ocasiones tiende a exagerar todo lo que le sucede. Estos cambios que le suceden se deben al inicio de la madurez sexual, que en algunas ocasiones tal vez no sea esperado por el joven y por lo tanto le provoque incertidumbre debido al desconocimiento de lo que le ocurre y esté sintiendo. Este tipo de situaciones hacen que el joven busque su identidad propia y su equilibrio con él mismo y con la sociedad, haciendo que esta etapa se torne estresante, lo cual puede llevar al joven a experimentar nuevas sensaciones y encontrar su identidad sin medir los riesgos. Es por eso, que su incertidumbre aumenta debido a la serie de acontecimientos desconocidos que se encuentra viviendo. Según Castillo y Benavides (2012) la incertidumbre es mayor cuando no posee información acerca de lo que está sucediendo, no entiende la información que se le proporciona o cuando los eventos que ocurren son extraños, desconocidos o inesperados. Para este estudio se consideró la incertidumbre sexual como el grado de desconocimiento del joven acerca de cómo debe reaccionar ante lo que le está aconteciendo y las nuevas sensaciones que experimenta que le impiden tener claro sus creencias y valores sexuales.

Considerando lo anterior se presenta en la figura 1, la estructura conceptual teórico empírica que muestra cómo de acuerdo con la TRA y al Modelo de Resiliencia Sexual, el Apoyo Familiar se relaciona con la Incertidumbre Sexual.

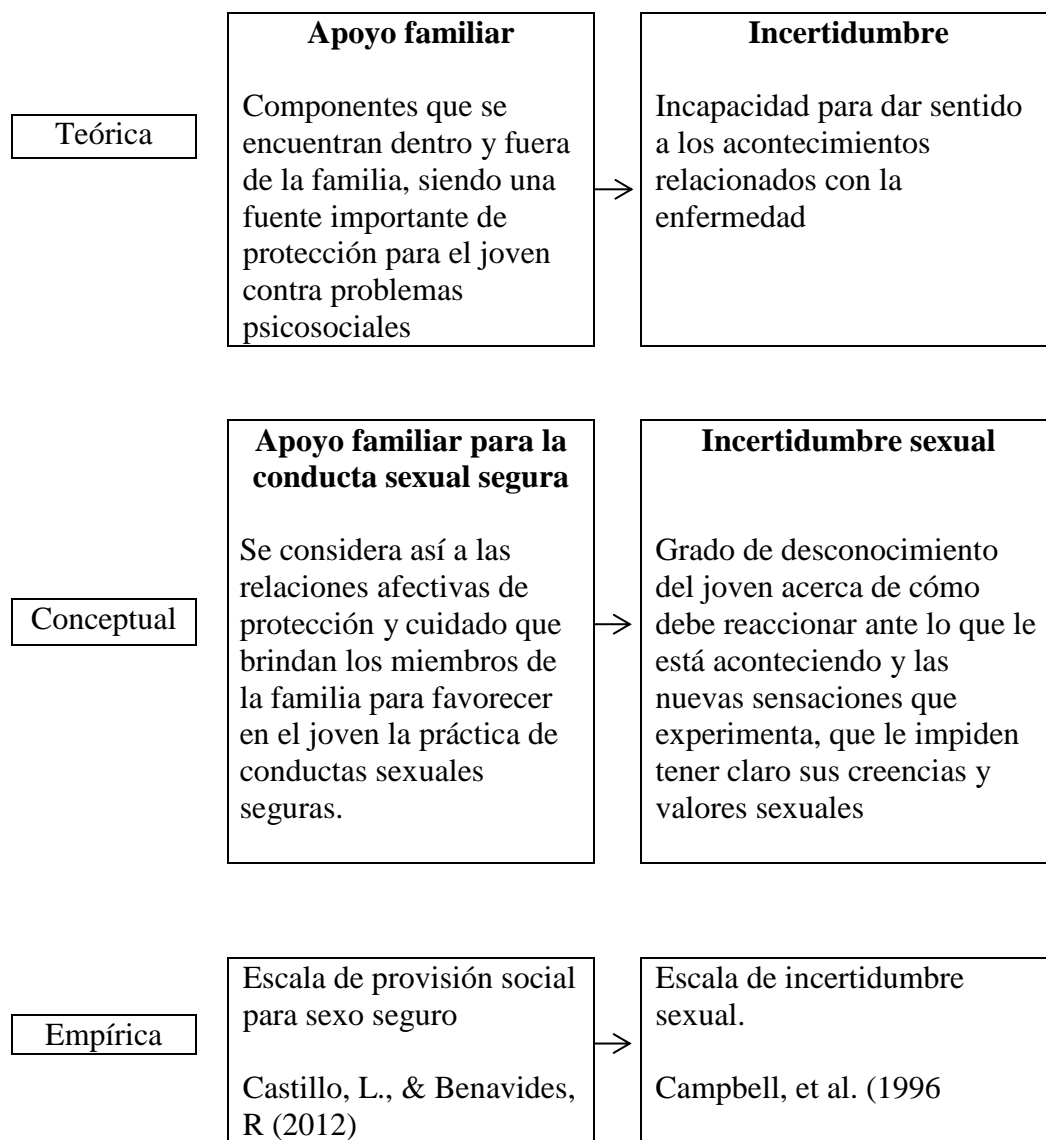


Figura 1. Estructura teórico-conceptual-empírica



## Estudios Relacionados

Musitu y Cava (2003) realizaron un estudio con 1002 adolescentes de 12 a 20 años, estudiantes de centro públicos. El objetivo fue analizar la evolución e importancia del apoyo social en el ajuste de los adolescentes, así como analizar la relación que existe entre la percepción de apoyo de los padres, de la pareja y del mejor amigo/a y tres indicadores de ajuste psicosocial en la adolescencia. Los autores reportan que existen diferencias de acuerdo con el género para la variable general de apoyo social ( $F [6,737] = 5.73, p < .001$ ). Sin embargo, en el análisis post hoc, aunque encontraron una media superior en las mujeres ( $\bar{X}=102.64$ ) a comparación de los hombres ( $\bar{X} = 101.5$ ) en cuanto al apoyo del padre, esta diferencia no fue significativa ( $p > .05$ ). Asimismo, reportan una media Upadhyay y Hindin (2006) realizaron un estudio con 1943 adolescentes de 14 a 16 años en Filipinas, con el propósito de estudiar el efecto de la percepción de las conductas románticas y físicas en el comportamiento sexual de los adolescentes y la influencia de la madre sobre la edad a la primera relación sexual. Los autores reportaron que el 12 % de los hombres y el 4 % de las mujeres presentaron incertidumbre acerca de la aprobación de sus padres sobre el sexo premarital, en base a esto podemos decir que los hombres perciben mayor incertidumbre acerca de que si sus padres los apoyan sobre el sexo premarital.

Peter y Valkenburg (2008) realizaron un estudio con 2343 adolescentes holandeses de entre 13 y 20 años, con el propósito de abordar si el uso de material sexual en línea está relacionado con la incertidumbre sobre la salud sexual, creencias y valores, así como a las actitudes hacia la exploración sexual. Los

autores reportan que existe una relación negativa entre la incertidumbre sexual y el control parental ( $r = -.07, p < .01$ ) y que la incertidumbre sexual se relaciona con ser hombre ( $r = .05, p < .05$ ). Encontraron también que los hombres (14%) reportaron niveles de incertidumbre más altos que las mujeres (13%). Los autores reportan que los hombres tienen mayor probabilidad de tener niveles mayores de incertidumbre ( $B = -0.114, p < .01$ ); no se encontró efecto del control parental en la incertidumbre sexual ( $B = -0.049, p > .05$ ). En base a lo anterior, podemos decir que tanto el género como el apoyo de los padres se relacionan con la incertidumbre sexual y que los hombres reflejan niveles de incertidumbre más altos que las mujeres; sin embargo, sólo el género influye en los niveles de incertidumbre.

Latha (2006) realizaron un estudio con 100 estudiantes de 16 a 19 años en preparatoria con el propósito de evaluar la naturaleza del estrés, los sistemas de apoyo social y estilos de afrontamiento en adolescentes. No se encontró diferencia de acuerdo con el género para la variable de conflictos familiares ( $t[98] = 0.43, p > .05$ ), ni para la variable de control parental ( $t[98] = 1.01, p > .05$ ). Si encontraron diferencias de acuerdo con el género para la variable de incertidumbre acerca del futuro ( $t[98] = 5.79, p < .001$ );  $M_{mujeres} = 10.4, M_{hombres} = 6.6$ . En base a esto se concluye que las mujeres presentan mayor incertidumbre que los hombres.

Orcasita, Uribe, Castellanos y Gutiérrez (2012) realizaron un estudio con 359 sujetos con edades entre los 12 y 18 años en Lebrija Santander, con el objetivo de evaluar el apoyo social y las conductas sexuales de riesgo presentes en adolescentes de una institución educativa. Los autores reportan que el 53% de los adolescentes recibe apoyo de su familia en relación con temas sexuales y que este

tipo de apoyo puede ser de tipo emocional, instrumental, social y afectivo. Refieren que existen cuatro personas dentro de su familia en las cuales pueden pedir apoyo. En base a esto se concluye que la mayor parte de los adolescentes perciben apoyo de su familia en cuanto a sexualidad se refiere.

Andrade, Betancourt y Palacios (2006) realizaron un estudio con 1942 estudiantes de escuelas técnicas del Distrito Federal con el objetivo de determinar las diferencias de los factores familiares en adolescentes que han y no han iniciado su actividad sexual. Los autores reportan que las adolescentes reportan niveles por arriba del punto intermedio de apoyo familiar tanto con la madre como con el padre sin importar si han o no iniciado su vida sexual (Mpapá/con relaciones = 3.31; Mpapá/sin relaciones = 3.45; Mmamá/con relaciones = 3.66; Mmamá/con relaciones = 3.66 ). En base a esto se puede concluir, que los y las adolescentes perciben altos niveles de apoyo tanto de su madre como de su padre sin importar si ya han iniciado su vida sexual.

Guerrero y Chávez (2005) realizaron un estudio con 456 estudiantes universitarios con el objetivo de investigar si las percepciones de la conducta de mantenimiento en las amistades del sexo opuesto pueden variar como una función de la intención romántica, sexo biológico y la incertidumbre. Los autores reportan que las personas que presentaron altos niveles de incertidumbre también tendieron a reportar bajos niveles de discusión relacional, hablar sobre el romance fuera, el contacto y la actividad de rutina, redes sociales, apoyo instrumental y humor. En base a esto la incertidumbre aumenta cuando no se externalizan las dudas o se comparten inquietudes.

En síntesis, los estudios anteriores fueron realizados en Colombia, México, Estados Unidos, España, India y Filipinas, la revisión de la literatura muestra que se ha estudiado un poco más el Apoyo Familiar para Sexo Seguro en los jóvenes, en tanto que hay pocos estudios que hablen acerca de la Incertidumbre Sexual, pero ninguno que relacione la Incertidumbre Sexual con el Apoyo Familiar. En general los hombres perciben mayor incertidumbre que las mujeres, sobre todo cuando se tiene mayor contacto con material sexual, los estudios coinciden en que los jóvenes en general perciben apoyo para sexo seguro en su familia.

### **Objetivo General**

Determinar la relación que existe entre el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura y la Incertidumbre Sexual en jóvenes de una Universidad Pública de Villahermosa, Tabasco.

### **Objetivos Específicos**

1. Describir el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura.
2. Identificar la Incertidumbre Sexual.
3. Describir la diferencia que existe en el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura de acuerdo con género.
4. Describir la diferencia que existe en la Incertidumbre Sexual de acuerdo con el género.

### **Definición de Términos**

Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura: Se considera así a las relaciones afectivas de protección y cuidado que brindan los miembros de la familia para favorecer en el adolescente la práctica de conductas sexuales seguras.

Incertidumbre Sexual: Es el grado de desconocimiento del adolescente acerca de cómo debe reaccionar ante lo que le está aconteciendo y las nuevas sensaciones que experimenta, que le impiden tener claro sus creencias y valores sexuales.

Género: Corresponde al sexo del joven el cual puede ser masculino o femenino

## **Metodología**

En este apartado se describe la metodología del estudio. Se presenta el diseño del estudio, la población, muestra y muestreo, 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, 2008). Descriptivo porque describe el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura y la Incertidumbre Sexual en el joven. Correlacional, porque se busca examinar la asociación entre el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura y la Incertidumbre Sexual de los jóvenes. La variable independiente es el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura y la dependiente la Incertidumbre Sexual.

**Población, Muestra y Muestreo.** La población estuvo conformada por 1600 jóvenes de 18-21 años de una Universidad Pública de Villahermosa, Tabasco que pertenecen a la División Académica de Ciencias Económico Administrativas. El tamaño de la muestra fue de 247 estudiantes, el cual fue calculado mediante el programa estadístico nQuery Advisor ® versión (Elasshoft, Dixon & Crede, 2000), estimado con un coeficiente de correlación con efecto entre pequeño y mediano de .20, para prueba bilateral un nivel de confianza del 95% y una potencia del 90%. El muestreo fue aleatorio estratificado con cuatro estratos que corresponden a las cuatro carreras: contaduría, administración, economía y mercadotecnia.

**Criterios de Exclusión.** Jóvenes en unión libre o casados.

**Instrumentos de Medición.** Para describir los datos sociodemográficos se utilizó una cédula de datos que incluye el código para cada uno de los participantes, la edad, el sexo, el semestre escolar, así como el estado de la relación actual, en caso de que corresponda Apoyo Familiar percibido para sexo seguro

El Apoyo Familiar para Sexo Seguro se midió con la Escala de Provisión Social para Sexo Seguro desarrollado por Castillo y Benavides (2012), la cual mide la percepción de apoyo de la familia, amigos y proveedores de salud para la conducta de prevención de VIH. Consta de 77 reactivos, de los cuales sólo se considerarán 19, los cuales corresponden al apoyo familiar. Un ejemplo de reactivo es: puedo confiar en mi familia para que me ayude a practicar el sexo seguro. Las respuestas están en escala tipo likert que van de 1 a 5; donde 1 = totalmente en desacuerdo y 5 = totalmente de acuerdo. Con puntuación total de 19 a 95. Las puntuaciones mayores indican mayor percepción de apoyo familiar percibido para sexo seguro y social para la prevención del VIH. Este instrumento reportó un Alpha de Cronbach de .94 y un Test-retest a los 6 meses ( $r = .81$ ).

**Incertidumbre Sexual.** La incertidumbre sexual se midió con la Escala de Incertidumbre Sexual ; (Self-Concept Clarity Scale; Campbell et al. 1996), la cual evalúa la incertidumbre acerca de las creencias y valores sexuales. Consta de 6 reactivos, un ejemplo de reactivo es: en cuanto a sexo se refiere mis creencias cambian a menudo. Con una escala de respuesta que va de 1 = totalmente desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo y con rango de puntuación total de 6 a 30. A mayor puntuación mayor incertidumbre sexual. Los ítems fueron cargados en un

factor con una varianza explicada del 74 %. Este instrumento ha presentado coeficientes de confiabilidad aceptables con un Alpha de Cronbach de .93.

**Procedimiento para la Recolección de Datos.** Una vez obtenidas las aprobaciones de las Comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León se consiguió la autorización de la directora de la División Académica de Ciencias Económico

Administrativas de la Ciudad de Villahermosa, Tabasco a través de un oficio emitido por la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, para la aplicación de las encuestas. Una vez aprobada la autorización se solicitaron las listas de los alumnos del primer al tercer semestre ya que en estos semestres se encontraron los jóvenes de las edades de interés. Una vez obtenidas las listas se procedió a seleccionar la muestra utilizando las matrículas de los estudiantes, las cuales fueron capturadas en un documento de Excel para posteriormente hacer una selección aleatoria de las mismas utilizando la función RANDOM. Una vez localizados a los estudiantes, se pidió el apoyo del personal de la institución para ubicar a los alumnos en los grupos. Posterior a esto se les invitó salón por salón a que pasaran a un aula, en un horario que no interfiriera con sus actividades académicas, con el objeto de explicar en qué consistía el estudio. Tras una breve presentación por parte del investigador principal se les explicó el objetivo de la investigación y en qué consistiría su participación, se hizo énfasis en que la información sería anónima y que se resguardaría de forma segura de manera que sólo el investigador tendrá acceso a ella y que pasado un año se destruirían los cuestionarios. Se verificó que cumplieran con los criterios de inclusión y se les



hizo entrega del consentimiento informado una vez leído y firmado se inició la recolección de los datos a través de la cédula de datos de las escalas de provisión social para sexo seguro y la escala de incertidumbre sexual.

Primero se les explicó de manera clara cómo contestar los instrumentos resaltando que si se sentían incómodos con alguna pregunta la podían dejar en blanco, se les ofreció el instrumento impreso y un lápiz. Asimismo, se les explicó que si tenían dudas durante el tiempo del llenado serían aclaradas de forma individual. Todo el tiempo que transcurrió durante la contestación de los instrumentos se estuvo presente en el aula y se atendió de forma inmediata las dudas que surgieron. Se recibieron las encuestas conforme fueron terminando de contestar y se depositaron en una caja sellada. El tiempo promedio para el llenado de las dos escalas y la cédula de datos fue de aproximadamente 15 minutos.

**Consideraciones Éticas.** El estudio se apegó al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987) que establece los lineamientos y principios generales a los que se debe someter la investigación científica. Se consideró el Título Segundo, así como los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, haciendo énfasis en los siguientes Artículos.

Ante todo, prevaleció el criterio de respeto a la dignidad humana y a la protección de los derechos y bienestar (Artículo 13). Para ello el investigador cuidó su privacidad, se dirigió a ellos con respeto y no se obligó a nadie a que

participara si no lo deseaba. Asimismo, se entregó un consentimiento informado por escrito a cada participante (Artículo 14, Fracción 5).

La investigación fue de riesgo mínimo ya que se abordaron aspectos que pudieron producir incomodidad al hablar de temas sexuales (Artículo 17, Fracción 2), en caso de que alguien se mostrara inquieto o lo manifestara se le dio la libertad de retirar su participación del estudio o continuar con el llenado de los instrumentos en otro momento.

A los participantes se les explicó que podían realizar preguntas si tuvieran alguna duda y se dejó en claro que se podían retirar sin ninguna repercusión en su historial académico (Artículo 21, Fracción 7, y Artículo 58, Fracción 1). Se les explicó que los resultados del estudio no causarían daño alguno a quienes participaran y que la información será presentada de manera general (Artículo 58, Fracción 2).

**Estrategias de Análisis de Datos.** Para dar respuesta a los objetivos 1 y 2 del estudio se obtuvo la estadística descriptiva para las variables de interés, tales como medias, mediana, mínimo, máximo y desviación estándar. Previo al análisis inferencial de los datos se evaluó si estos presentan una distribución normal utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors. Para dar respuesta a los objetivos 3 y 4 se realizó una comparación utilizando la prueba de U de Mann – Whitney. Para contestar el objetivo general se utilizó la prueba de Correlación de Spearman.

## Resultados

En el presente apartado se muestran los principales hallazgos del estudio. Al inicio se describen las características sociodemográficas de los participantes, posteriormente el análisis de consistencia interna de los instrumentos utilizados, la estadística descriptiva para las variables de estudio y las pruebas de normalidad. Finalmente se presentan los resultados de las pruebas estadísticas para los objetivos planteados.

**Características Sociodemográficas de los Participantes.** La muestra estuvo integrada por 247 jóvenes universitarios pertenecientes a cuatro carreras predominando la Licenciatura en Administración (42.9%), la edad promedio fue de 19 años (34.8%), predominando el género femenino (61.1%). El 42.5% corresponde al primer semestre, el 72.9% de los jóvenes son solteros y el 27.1% se encuentran en una relación de noviazgo.

Tabla 1  
*Características de los participantes*

Variable	<i>f</i>	%
Carrera		
Administración	106	42.9
Contaduría	81	32.8
Economía	10	4.0
Mercadotecnia	50	20.2

*Continúa...*

Variable	<i>f</i>	%
Sexo		
Femenino	151	61.1
Masculino	96	38.9
Estado Civil		
Soltero	180	72.9
En Una Relación De Noviazgo	67	27.1
		n =247

Nota: f = Frecuencia; % = Porcentaje

**Consistencia interna de los instrumentos.** Previo al análisis inferencial se evaluó la consistencia interna de las Escalas de Provisión Social para Sexo Seguro e Incertidumbre Sexual, en la tabla 2 se muestran los Coeficientes de Confiabilidad Alfa de Cronbach, los cuales presentaron coeficientes de confiabilidad aceptables (Polit & Hungler, 2000).

Tabla 2  
*Consistencia Interna de los instrumentos*

Instrumentos	Reactivos	Alpha De Cronbach
Escala De Provisión Para Sexo Seguro	19	.87
Escala De Incertidumbre Sexual	6	.80
		n = 247

**Datos Descriptivos de las Variables.** 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 Apoyo Familiar e Incertidumbre Sexual.

Tabla 3  
*Medidas de Tendencia Central, de Dispersión y Prueba de Normalidad de KolmogorovSmirnov con corrección Lilliefors para variables continuas*

Variable	M	Mdn	DE	Min	Max	D <sup>a</sup>	p
Apoyo familiar	48.3	48.0	11.6	10.00	72.00	.051	.200
Incertidumbre sexual	9.89	9.0	5.37	.00	24.00	.072	.003

Nota: M = Media, Mdn = Mediana, DE = Desviación Estándar, Da= Prueba de normalidad, p = Significancia.

Para dar respuesta al objetivo 1 donde se describe el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual segura se puede apreciar (tabla 3) que en general el Apoyo Familiar que perciben los jóvenes se encuentra por arriba del punto intermedio 48.3 (DE = 11.6).

Respecto al Apoyo Familiar para la Conducta Sexual segura en general los jóvenes (tabla 4) refieren sentir apoyo por parte de su familia, sin embargo, es importante destacar los siguientes resultados. Un 39.7% refiere que su familia lo apoya para practicar el sexo, el 54.7% refiere que su familia sí estaría allí para apoyarlos si se infectaran con el VIH, el 39.7% están de acuerdo en que su familia los hace sentir seguro(a) de que tienen pocas posibilidades de infectarse con el VIH y que sus creencias sobre la importancia del sexo seguro son respetadas por su

familia, lo que nos indica que los jóvenes perciben apoyo familiar en diferentes situaciones. Asimismo, el 44.1% confía en su familia para que los aconsejen si tuvieran algún problema relacionado con el sexo seguro, al 37.7% de los jóvenes su familia respeta su decisión de practicar el sexo seguro. El 37.2% de los jóvenes está de acuerdo con el poder contar con su familia si pensaran que se expusieron al VIH y que ésta los ayudaría a manejar la situación, en conclusión, la mayoría de los jóvenes refieren presentar niveles por arriba del punto intermedio de Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura.

Tabla 4  
*Frecuencias y porcentajes de la Escala de Provisión para Sexo Seguro*

Ítems	TD		ED		NAND		DA		TA	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Puedo confiar en mi familia para que me ayude a practicar el sexo seguro si necesito ayuda	48	19.4	28	11.3	67	27.1	73	29.6	31	12.6
2. Mi familia no apoya el sexo seguro.	98	39.7	42	17.0	40	16.2	42	17.0	25	10.1

*Continúa...*

Ítems	TD		ED		NAND		DA		TA	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
3. No puedo recurrir a mi familia para orientación sobre el sexo seguro	78	31.6	56	22.7	50	20.2	44	17.8	19	7.7
4. Mi familia sabe que puedo hacer lo que sea necesario para protegerme contra el VIH.	12	4.9	11	4.5	30	12.1	95	38.5	99	40.1
5. Mi familia y yo compartimos las mismas actitudes y creencias sobre la práctica de sexo seguro.	23	9.3	33	13.4	60	24.3	68	27.5	63	25.5
6. No creo que mi familia valore lo que he hecho para proteger del VIH.	71	28.6	67	27.1	60	24.3	42	17.0	7	2.8
7. Mi familia no estaría allí para apoyarme si me infectará con el VIH.	135	54.7	53	21.5	21	8.5	18	7.3	20	8.1

*Continúa...*

Ítems	TD		ED		NAND		DA		TA	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
8. La relación con mi familia me hace sentir seguro/a de que tengo pocas posibilidades de infectarme con el VIH	14	5.7	17	6.9	45	18.2	98	39.7	73	29.6
9. Puedo hablar con mi familia sobre sexo seguro, si lo necesito	15	6.1	15	6.1	53	21.5	86	34.8	75	31.6
10. Mis creencias sobre la importancia del sexo seguro son respetadas por mi familia.	11	4.5	12	4.9	48	19.4	98	39.7	78	31.6
11. Mi familia comparte mis preocupaciones sobre el sexo seguro	17	6.9	22	8.9	60	24.3	92	37.2	56	22.7

*Continúa...*



Ítems	TD		ED		NAND		DA		TA	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
12. Mi familia confía en mí para aconsejarlos sobre sexo seguro	16	6.5	25	10.1	66	26.7	89	36.0	51	20.6
13. Puedo confiar en mi familia para aconsejarme si tuviera un problema relacionado con el sexo seguro	15	6.4	18	7.3	33	13.4	109	44.1	72	29.1
14. Me siento muy unido/a emocionalmente con mi familia y esto me motiva a practicar sexo seguro.	29	11.7	31	12.69	75	31.6	65	26.3	44	17.8
15. No puede contar con mi familia para ayuda cuando se trata de practicar el sexo seguro	84	34.0	63	25.5	59	23.9	31	12.6	10	4.0
16. No me siento cómodo/a hablando con mi familia sobre el sexo seguro	53	21.5	56	22.7	54	21.9	60	24.3	24	9.7

*Continúa...*

Ítems	TD		ED		NAND		DA		TA	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
17. Mi familia respeta mi decisión de practicar el sexo seguro.	53	21.5	56	22.7	54	21.9	60	24.3	24	9.7
18. El amor que siento por mi familia me ayuda a practicar el sexo seguro	31	12.6	28	11.3	56	22.7	93	37.7	39	15.8
19. Si yo pensara que me he expuesto al VIH podría contar con mi familia para que me ayude a manejar la situación.	31	12.6	25	10.1	76	30.8	72	29.1	43	17.4

Nota: TD = totalmente desacuerdo, ED = en desacuerdo, PA = parcialmente de acuerdo, DA = de acuerdo, TA = totalmente de acuerdo. *f* = frecuencia, % = porcentaje.

Respecto al objetivo 2 que busca identificar la Incertidumbre Sexual (tabla 5) se reporta que los jóvenes no presentan niveles altos de Incertidumbre Sexual

( $M = 9.89$ ,  $DE=5.37$ ). Los resultados en cuanto a Incertidumbre Sexual nos muestran que en el 33.6% de los jóvenes sus creencias no cambian frecuentemente y el 41.3% está totalmente en desacuerdo cuando se le pregunta: no estoy seguro(a) acerca de lo que me gusta y lo que no me gusta, un 40.5% de ellos se pregunta lo

que realmente quiere. El 30.8% está en desacuerdo al preguntarles: un día pienso así y otro día pienso diferente, el 32.8% está en desacuerdo al preguntarles si es difícil para ellos formularse una opinión clara. Todo esto indica que la mayoría de los jóvenes presentan niveles bajos de Incertidumbre Sexual.

Tabla 5  
*Frecuencias y porcentajes de la Escala de Incertidumbre Sexual*

Ítems	TD		ED		NAND		DA		TD	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1. Mis creencias cambian frecuentemente	72	29.1	83	33.6	47	19.0	37	15.0	8	3.2
2. No estoy seguro/a acerca de lo que me gusta y lo que no me gusta	102	41.3	71	28.7	29	11.7	30	12.1	15	6.1
3. me pregunto lo que realmente quiero	31	12.6	28	11.3	32	13.0	100	40.5	56	22.7
4 mis opiniones varían	47	19.0	50	20.2	58	23.5	73	29.6	19	7.7
5. Un día pienso así y otro día pienso diferente	62	25.1	76	30.8	33	13.4	55	22.3	21	8.5
6 es difícil para mí formular una opinión clara	72	29.1	83	33.6	47	19.0	37	15.0	8	3.2

<Nota: TD = totalmente desacuerdo, ED = en desacuerdo, PA = parcialmente de acuerdo, DA = de acuerdo, TA = totalmente de acuerdo. f = frecuencia, % = porcentaje.

**Diferencias de Acuerdo al Género.** De acuerdo a lo planteado en el objetivo 3, se encontró que existe diferencia significativa en el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual segura de acuerdo al género  $U=5470$ ,  $p<.001$ ). Por lo que se puede decir que los hombres perciben mayor apoyo familiar (Mdn = 51) que las mujeres (Mdn = 46).

Tabla 6  
 Nivel de significancia para el Apoyo Familiar respecto al género

Apoyo familiar	n	M	Mdn	U	p
Femenino	151	46.35	46.00	5470	.001
Masculino	96	51.47	51.00		

Nota: n = número de Jóvenes, M = Media, Mdn = Mediana, U = Estadístico de la Prueba U de Mann - Whitney, p = Significancia

Con respecto al objetivo 4 que pretende describir la diferencia que existe entre la incertidumbre de acuerdo al género, no se encontró diferencia significativa en las medianas de acuerdo al sexo para la variable de Incertidumbre Sexual (U=7154.000, p = .86).

**Prueba de Correlación entre las Variables.** Para dar respuesta al objetivo general que plantea determinar la relación que existe entre el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura y la Incertidumbre Sexual en jóvenes se realizó la prueba de Correlación de Spearman

Tabla 7  
Correlación de Spearman para el Apoyo Familiar y la Incertidumbre Sexual

Variable	Apoyo familiar	Incertidumbre sexual
	$r^s$	$r^s$
Edad	.009	-.024
Semestre	.083	-.147*
Apoyo familiar	1	-.143*

Nota:  $r_s$  = Correlación de Spearman, \* $p < .05$

Los resultados indican que existe una correlación negativa y débil entre estas dos variables ( $r_s = -.143$ ,  $p < .05$ ). Por lo tanto, se puede decir que, a mayor Apoyo Familiar percibido para la Conducta Sexual segura, existe una menor Incertidumbre Sexual en los jóvenes. Es importante mencionar que se encontró un hallazgo adicional dónde se reporta que entre más avance en su carrera (semestre), la Incertidumbre Sexual es menor ( $r_s = -.147$ ,  $p < .05$ ).

## Discusión

El objetivo general del presente estudio fue determinar la relación que existe entre el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura y la Incertidumbre Sexual en jóvenes de una Universidad Pública de Villahermosa, Tabasco. El estudio utilizó como base los conceptos del modelo de resiliencia sexual en el adolescente: una teoría de rango medio (Castillo & Benavides, 2012). A continuación, se discuten los resultados obtenidos de los cuatro objetivos específicos.

Se puede apreciar que en general el Apoyo Familiar que perciben los jóvenes se encuentra por arriba del punto intermedio, lo cual coincide con el estudio de Orcasita, Uribe, Castellanos y Gutiérrez (2012) donde los autores reportan que la mitad de los adolescentes reciben apoyo de su familia en relación a temas sexuales y que este tipo de apoyo puede ser de tipo emocional, instrumental, social y efectivo, la mayor parte de los adolescentes percibe apoyo de su familia en cuanto a sexualidad se refiere. Contrario a lo encontrado en este estudio Andrade, Betancourt y Palacios (2006) encontraron que los adolescentes perciben altos niveles de apoyo familiar, tanto con el padre como con la madre sin importar si han iniciado o no su vida sexual. Lo anterior puede deberse a que la edad de la muestra que participó en el presente estudio era mayor de edad y de acuerdo a las estadísticas a esta edad más del 75% ha iniciado vida sexual activa, esto va en función del apoyo familiar percibido, se ha encontrado que aquellos jóvenes con mayor experiencia sexual perciben mayor apoyo familiar (Encuesta Nacional de la Juventud, 2010).

Muy similar, respecto a la incertidumbre sexual se encontró que los jóvenes presentan niveles bajos de incertidumbre lo cual difiere con el estudio realizado por Guerrero y Chávez (2005) quienes realizaron un estudio con estudiantes universitarios donde reportan que las personas presentaron altos niveles de incertidumbre, lo cual puede diferir por el hecho de que éste estudio está realizado con jóvenes de mayor edad y que tal vez ya hayan tenido experiencias sexuales. Esto concuerda con lo planteado por la teoría de Hasse (2004) que refiere que a medida que los jóvenes tienen un mayor número de experiencias previas con el factor estresante, la incertidumbre ante tal evento disminuye.

Referente al apoyo familiar relacionado con el género se encontró que el sexo masculino percibe mayor apoyo familiar, lo cual difiere con el estudio realizado por Musitu y Cava (2003) quienes no encontraron diferencias significativas entre el apoyo familiar de acuerdo al género, a pesar de que hicieron comparaciones por separado entre el apoyo que brinda el padre y que brinda la madre. Esto puede estar relacionado con el entorno cultural en que se desarrollan los jóvenes, dónde se ve mayor apertura y apoyo hacia los hombres en cuestiones de sexualidad a diferencia de las mujeres.

Respecto a la incertidumbre sexual relacionada con el género no se encontraron diferencias significativas lo que difiere del estudio realizado por Upadhyay y Hindin (2006) quienes encontraron que los hombres presentan mayor incertidumbre sexual que las mujeres diferencia que puede deberse al rango de edad donde fue aplicado el estudio. Peter y Valkenburg (2008) en su estudio encontraron que los hombres reportan niveles más altos de incertidumbre que las



mujeres, este estudio fue realizado en Holanda lo que podría influir en los resultados ya que la cultura no es la misma y se manejó la incertidumbre sexual relacionada con el uso de material sexual en línea.

En relación con el objetivo general que fue determinar la relación que existe entre el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura y la Incertidumbre Sexual se encontró una débil relación, lo que coincide con el estudio realizado por Upadhyay y Hindin (2006) quienes reportaron una relación negativa entre la Incertidumbre Sexual y el monitoreo parental. Esto también concuerda con la teoría de resiliencia sexual que plantea que a medida que los factores de protección como el apoyo familiar incrementan, los factores de riesgo disminuyen.

Cabe destacar que se encontró un hallazgo adicional donde se reporta que, entre más avance en su carrera, la Incertidumbre Sexual es menor, esto no tiene que ver con el proceso biológico del joven. Sin embargo, este hallazgo no se relaciona con la edad y puede explicarse en términos de que a medida que avanza en su carrera probablemente su madurez en diferentes aspectos se va aumentando esto refleja una menor incertidumbre acerca de temas sexuales.

**Limitaciones.** El estudio presenta algunas limitaciones entre las que destacan lo relacionado al diseño del estudio el cual fue de tipo transversal por lo que los resultados no permiten hacer conclusiones más exactas en relación a la influencia de una variable sobre la otra. Además, se puede decir que los resultados de este estudio sólo pueden ser aplicados a estudiantes universitarios con características similares a la población de estudio y en la misma ubicación

geográfica. El estudio sólo se realizó con jóvenes Universitarios sin incluir a jóvenes que no estudian, lo cual permitiría conocer el fenómeno desde otro punto de vista o realizar comparaciones en cuanto al apoyo familiar.

**Conclusiones.** Se encontró que el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual Segura que perciben los jóvenes en general se encuentra por arriba del punto intermedio.

La Incertidumbre Sexual en los jóvenes no presenta niveles altos.

Respecto al Apoyo Familiar se encontraron hallazgos que nos muestran que el sexo masculino percibe mayor Apoyo Familiar.

En cuanto a la Incertidumbre Sexual con el género no se encontraron diferencias significativas.

Existe una relación entre el Apoyo Familiar para la Conducta Sexual segura y la Incertidumbre Sexual, por lo que a mayor Apoyo Familiar la Incertidumbre en temas sexuales es menor.

El instrumento para la recolección de datos es adecuado ya que no implica que el joven anote sus datos personales lo que le brinda seguridad para el llenado y respuestas más confiables. Se confirma el supuesto de la teoría de Castillo y Benavides (2012) acerca de que la familia es un factor protector al riesgo sexual.

**Recomendaciones.** Se recomienda realizar el estudio integrando a los jóvenes que no estudian ya que la percepción de apoyo puede variar en función de su ocupación. Asimismo, sería interesante conocer si hay diferencia en el apoyo

familiar en función a la estructura familiar. Sería interesante conocer los resultados de este estudio en comunidades rurales. Valdría la pena integrar a los padres en los estudios para ver si ellos perciben la misma proporción de apoyo que la de sus hijos.

Este estudio podría ser de utilidad para que se consideren cuando se realizan programas educativos ya que se evidencia que la familia es importante para disminuir la incertidumbre sexual. También se hace evidente que la incertidumbre disminuye conforme avanzan en sus estudios por lo que sería conveniente implementar programas en jóvenes de preparatoria que pueden tener mayores niveles de incertidumbre.

## Referencias

Andrade, P., Betancourt, O., & Palacios, D. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 15(1), 91-101.

Baeza, W., Póo, A., Vásquez, P., Muñoz, N., & Vallejos, V. (2007). Identificación de Factores de Riesgo y Factores Protectores del Embarazo en Adolescentes de la Novena Región. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*, 72(2) 76-81.

Bermúdez, M., Sánchez, A., & Buela-Casal, G. (2000). Escala sobre Información y Conductas de Riesgo Relacionadas con El VIH/SIDA. *Revista Chilena de Psicología*, 20, 96-103.

Burns, N., & Grove, S.K. (2008). *Investigación en enfermería (3ª ed.)*. España: Elsevier. Castillo, L., & Benavides, R. (2012). Modelo de Resiliencia Sexual en el Adolescente: una Teoría de Rango Medio. *Aquichan*, 12(2) ,169-182.

Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA [CENSIDA], 2008; UNAIDS, 2010, recuperado el 29 de abril del 2013 de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/vihsidaenmexico2011.pdf> .

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2009) recuperado el 19 de junio de 2014. <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especial/es/enadid/default.aspx>

Encuesta Nacional de la Juventud (2010) recuperado el 20 de junio de 2014,[http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Presentacion\\_ENJ\\_2010\\_Dr\\_Tuiran\\_V4am.pdf](http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Presentacion_ENJ_2010_Dr_Tuiran_V4am.pdf).

Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el Sida (2011) Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] recuperado el 02 de mayo del 2013 <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadísticas/2007/sida07.pdf>.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2005).VIH/SIDA infancia y adolescencia en América Latina y el Caribe, Panamá, República de Panamá.

Gómez, C., E. (2007). Adolescencia y Familia: Revisión de la Relación y la Comunicación como Factores de Riesgo o Protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación* 10 (2) ,105-122.

Gutiérrez, E.D. (2000). Familia y Adolescencia. *El Adolescente*. 239-253 México,D.F. McGraw Hill Interamericana Editores.

Haase J. E (2004). The Adolescents Resilience Model as a Guide to Interventions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(5) ,289-296.

Larrarte, C.A.C. (2012). Impacto del sistema familiar y grupo de pares en las conductas sexuales del adolescente. Universidad de la Sabana recuperado el 02 de mayo de 2013 [intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/.../1/130810.pdf](http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/.../1/130810.pdf).

Latha, K.S., & Hanumanth , R. (2006).Patterns of Stress, Coping Styles and Social among

Adolescents. Journal of Indian Association Child Adolescents Men and Health, 3(1) 5-1

Madiedo I., Otero M., González Y., & Pulido, M. (2001). Conducta Sexual en Adolescentes Varones y Anticoncepción. Revista Cubana Enfermería; 17, 9-13

Mishel, M.H.(1998). Uncertainty in Illness, Image journal of nursing scholarship, 20, 225-231. Musitu G., & Cava, M., J. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. Intervención psicosocial, 12 (2), 179-192.

Orcasita, L. T., Castellanos, L.P., & Gutiérrez, R.M. (2012). Apoyo Social y Conductas de Riesgo en Adolescentes del Municipio de Lebrija –Santander. Revista de Psicología, 30 (2), 371-406.

Orcasita, L. T, Peralta, D.A., Valderrama, O. L.& Uribe, R.A.F. (2010). Apoyo Social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/Sida en Cali Colombia. Revista virtual universidad católica del norte 31 (8) 155-195.

Parra, V.J., & Pérez, V.R. (2010). Comportamiento Sexual en Adolescentes y su Relación con las Variables Biosociales. Perinatología y reproducción humana 24(1) 7-1.

Peter, J., & Valkenburg, P. M.(2008). Adolescents´ Exposure to sexually explicit internet material, sexual uncertainty, and attitudes toward uncommitted sexual exploration: is there a link? *Communication Research*, 35(5) 579-601.

Polit, D., & Hungler, B. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud* (6a ed.)México: Mc Graw-Hill Interamericana.

Reglamento de la Ley general de Salud en Materia de Investigación para la Salud (1988) recuperado el 15 de octubre del 2013.de  
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Rojas, M. (2001). Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Revisión del análisis del estado actual, recuperado el 4 de mayo de  
[http://cedro.org.pe/ebooks/friesgo\\_cap3\\_p50\\_93.pdf](http://cedro.org.pe/ebooks/friesgo_cap3_p50_93.pdf).

Salazar, G. A., Santa María, A. A., Solano, R. I., Lázaro, V. K., Arrollo, S. S., Araujo, T. V. & Echazu, I. C. (2007). Conocimientos de Sexualidad, Inicio de Relaciones Sexuales y Comunicación Familiar, en Adolescentes de Instituciones Educativas Nacionales del Distrito del Agustino. Lima-Perú *Revista horizonte médico*, 7(2), 79-85.

Santander, R. S., Zubarew, T., Santelices, L. C., Argollo, M. P., Cerda, L. J., & Bórquez, P. M. (2008). Influencia de la Familia como Factor Protector de Conductas de Riesgo en Escolares Chilenos. *Revista médica de Chile*, 136(3), 317-324.

Upadhyay, U.D., & Hindin, J.M. (2006). Do Perceptions of Friends Behaviors Affect Age at First Sex? Evidence from Cebu, Philippines. *Journal of adolescent health, 39*(4) 570-577.



*Sexualidad Responsable en Adolescentes y Jóvenes*

Raquel A. Benavides-Torres y Dora Julia Onofre Rodríguez (autoras)

La salud sexual y la sexualidad responsable son elementos clave para el bienestar integral de los jóvenes y adolescentes. Esta obra aborda los complejos desafíos que enfrentan los jóvenes en su desarrollo sexual, un proceso marcado por la interacción de factores biológicos, sociales y culturales. En un entorno saturado de información contradictoria y, a menudo, confusa, el acceso a una educación sexual integral es fundamental para que los adolescentes puedan tomar decisiones informadas y responsables.

A través de un enfoque que trasciende los aspectos biológicos y médicos, este libro analiza cómo los factores psicosociales, emocionales e interpersonales influyen en las conductas sexuales de los jóvenes. Particularmente, se exploran las presiones sociales y los estereotipos de género que afectan la percepción y vivencia de la sexualidad, especialmente en los adolescentes varones, quienes enfrentan una mayor presión para conformarse a ciertos ideales de virilidad y estatus social. A pesar de esto, se subraya la existencia de actitudes positivas hacia la protección y la abstinencia, demostrando que muchos jóvenes desean cuidar su salud sexual.