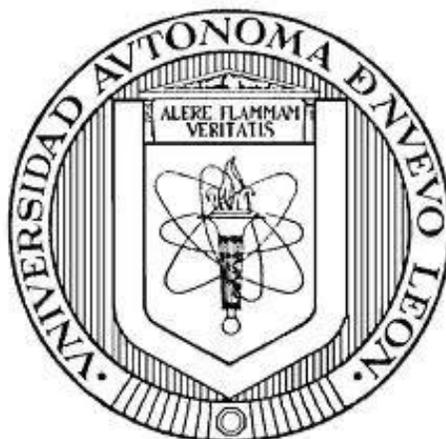


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**AUTOEFICACIA DE USO DE CONDÓN Y ASERTIVIDAD SEXUAL
PARA PREVENCIÓN DE VIH/SIDA EN ADOLESCENTES Y
JÓVENES DE COMUNIDAD INDÍGENA**

POR

JORGE ENRIQUE BALCHÉ CHUC

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AGOSTO, 2023

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



**AUTOEFICACIA DE USO DE CONDÓN Y ASERTIVIDAD SEXUAL
PARA PREVENCIÓN DE VIH/SIDA EN ADOLESCENTES Y
JÓVENES DE COMUNIDAD INDÍGENA**

**POR
JORGE ENRIQUE BALCHÉ CHUC**

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**DIRECTOR DE TESIS
DRA. MARÍA ARACELY MÁRQUEZ VEGA**

AGOSTO, 2023

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



**AUTOEFICACIA DE USO DE CONDÓN Y ASERTIVIDAD SEXUAL
PARA PREVENCIÓN DE VIH/SIDA EN ADOLESCENTES Y
JÓVENES DE COMUNIDAD INDÍGENA**

POR
JORGE ENRIQUE BALCHÉ CHUC

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

ASESOR ESTADÍSTICO
DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA

AGOSTO, 2023

AUTOEFICACIA DE USO DE CONDÓN Y ASERTIVIDAD SEXUAL PARA
PREVENCIÓN DE VIH/SIDA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES DE
COMUNIDAD INDÍGENA

Aprobación de Tesis

Dra. María Aracely Márquez Vega

Director de Tesis

Dra. María Aracely Márquez Vega

Presidente

Dra. Raquel Alicia Benavides Torres

Secretario

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma de Nuevo León y a la Facultad de Enfermería por ser parte importante en mi formación como profesional.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por darme la oportunidad de realizar mis estudios en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León y por brindarme apoyo durante la realización de la Maestría en Ciencias de Enfermería.

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, Directora de la FAEN y a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación de la FAEN por las facilidades brindadas.

A mi Directora de Tesis, la Dra. María Aracely Márquez Vega, por compartir su experiencia en el campo de la investigación, su conocimiento que siempre fue valioso y por su paciencia, gracias por ser mi mentora, mi guía en este camino, y ejemplo a seguir.

A mi jurado de Tesis, la Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez y la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres por sus valiosas aportaciones para consolidar este proyecto y por haberme dado la oportunidad de dar principio al mundo de la investigación. Así como a mi Co-asesor de Tesis, el Dr. Vicente Jiménez Vázquez.

A la Dra. Mariela Sánchez Espinosa, Directora del CBT169, Mtro. Rommel Esteban Méndez Martínez, Subdirector Académico del CBTa 169, Ing. Alberto Adrián Acosta Magaña, Director del COBACAM plantel 07 Tenabo y al Mtro. Ruvicel Muñoz Montoy, Director del CECyT Plantel Pomuch, por las facilidades brindadas para llevar a cabo el presente estudio en los planteles de los cuales ocupan los cargos antes mencionados.

Dedicatoria

A Dios por haberme guiado por el camino correcto, y porque nunca me ha abandonado, gracias por permitirme llegar a este momento tan esperado, por los triunfos, así como por los momentos difíciles.

El presente trabajo lo dedico a mi familia y cada uno de sus integrantes, a mis padres, la Sra. Carmen Yolanda Chuc Paredes que nunca dejaste de apoyarme y darme soporte con tu valiosa ayuda; y al Sr. Jorge Enrique Balché Calán † por haber inculcado el seguir estudiando y por brindarme su apoyo incondicional en todos los objetivos que me he propuesto.

A mis hermanos Carla Carolina Balché Chuc y Antonio Carlos Balché Chuc por su comprensión y estímulo constante a través de nuestras vidas, que sigan superándose en su vida personal y profesional, que sepan que siempre contarán con mi apoyo en los objetivos que se propongan. Los quiero.

A Rubí de los Ángeles Chan Martínez, quien con su presencia y comprensión en los momentos más difíciles supo darme los ánimos y las fuerzas para continuar, el camino no fue fácil pero nunca me dejaste solo. Gracias por formar parte de este logro.

Tabla de contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	5
Estudios Relacionados	7
Objetivo General	13
Objetivos Específicos	13
Capítulo II	
Metodología	14
Diseño del Estudio	14
Población, Muestreo y Muestra	14
Criterios de Inclusión	14
Criterios de Exclusión	14
Criterios de Eliminación	14
Instrumentos de Medición	15
Procedimiento de Recolección de Datos	16
Consideraciones Éticas	17
Estrategia de Análisis de Datos	20

Capítulo III

Resultados	21
Confiabilidad de los instrumentos	21
Prueba de normalidad	21
Estadística descriptiva	22
Estadística Inferencial	32

Capítulo IV

Discusión	35
Conclusiones	36
Limitaciones	37
Recomendaciones	38
Referencias	40

Apéndices

A. Cédula de Datos Sociodemográficos	44
B. Escala de Autoeficacia para Uso de Condón	45
C. Índice de Hulbert de Asertividad Sexual	49
D. Consentimiento Informado	51
E. Asentimiento Informado	54
F. Consentimiento Informado para Padres	56
G. Resumen Autobiográfico	59

Lista de Tablas

Tabla	Página
1.Consistencia interna de los instrumentos	21
2.Prueba de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors	22
3.Características de los participantes	23
4.Características sexuales	24
5.Frecuencias y porcentajes de escala de Autoeficacia de Uso de Condón	25
6.Frecuencias y porcentajes del Índice de Hulbert de Asertividad Sexual	30
7.Matriz de Correlaciones entre Variables	33
8.Factores personales y dimensiones de la Autoeficacia de Uso de Condón	34
9.Factores personales y dimensiones de la asertividad sexual	34

Resumen

E.E. Jorge Enrique Balché Chuc
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de graduación: 2023

Título del estudio: AUTOEFICACIA DE USO DE CONDÓN Y ASERTIVIDAD SEXUAL PARA PREVENCIÓN DE VIH/SIDA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES DE COMUNIDAD INDÍGENA

Número de páginas: 59

Candidato para obtener el grado
de Maestría en Ciencias de Enfermería

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

Propósito y Método de Estudio: Determinar la relación entre la autoeficacia del uso de condón y asertividad sexual para la prevención de VIH/sida en adolescentes y jóvenes de una comunidad indígena que ya cuentan con vida sexual activa. Se utilizó un estudio descriptivo correlacional, a través de muestro no probabilístico por conveniencia, con una muestra final de 219 participantes de los cuales 133 fueron hombres y 86 mujeres. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial para responder a los objetivos planteados.

Contribución y Conclusiones: Se obtuvo una edad media de 17.53 años, escolaridad de bachillerato, de los cuales el 73.1% solo estudia y el 26.9% estudia y trabaja, el 41.1% refiere tener padres que hablan una lengua indígena. La media de edad de Inicio de Vida Sexual Activa (IVSA) fue de 15.89 años, así como una media de número de parejas sexuales a la fecha de 1.9, el 70.3% refirió tener pareja actualmente y el 30.1% manifestó llevar más de seis meses con su pareja actual. Se concluye que la relación entre la autoeficacia de uso de condón y la asertividad sexual ($r_s=0.89$) tienen una relación positiva, el inicio de vida sexual activa cada vez es a edades más tempranas.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) inició su curso devastador en 1981 para desarrollar características pandémicas en menos de una década. El progreso de enfermedad sin tratamiento llega a la destrucción del sistema inmune celular desarrollando el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (sida). De acuerdo con ONUSIDA en el año 2017 habían 36.9 millones de personas viviendo con VIH/sida (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, 2021).

A nivel mundial durante el 2020, 37,7 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, 1,5 millones de personas contrajeron la infección por el VIH, 680.000 personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida, 79,3 millones de personas contrajeron la infección por el VIH desde el comienzo de la epidemia, 36,3 millones de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida desde el comienzo de la epidemia. Mientras que para el cierre de junio de 2021 solamente 28,2 millones de personas tenían acceso a la terapia antirretroviral (ONUSIDA, 2021).

Los jóvenes componen el 16% de la población mundial, pero representan el 27% de las nuevas infecciones por el VIH en 2020. En lo que va del año 2022 se han registrado en Campeche 10 casos de VIH, dos de sífilis y 35 registros de embarazos no deseados siendo la mayoría de estos jóvenes de 18 a 25 años. A pesar de la desproporcionada carga del VIH en los jóvenes, estos siguen siendo objeto de discriminación y exclusión por edad de los servicios de salud y derechos sexuales y reproductivos, de paliación de daños y del VIH. Se estima que el 44% de los jóvenes con VIH no saben que están infectados. La prueba es el primer paso para conocer el estado serológico respecto al VIH y acceder al tratamiento. Sin embargo, solo el 35% de los jóvenes de 18 a 25 años y el 25% de los estudiantes de secundaria con experiencia sexual han tenido alguna vez una prueba de VIH.

En América Latina, el número de casos nuevos de infección por el virus del VIH registró un incremento de 21% del 2010 al 2019, de acuerdo con información dada a

conocer hoy por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). De acuerdo con datos recientes disponibles, el número de casos nuevos al año ha seguido subiendo y pasó de 100.000 en el 2010 a 120.000 en el 2019 en América Latina.

Durante 2020 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, 2021) en México se registraron 4,573 decesos debido a la enfermedad ocasionada por el VIH, de los cuales 3,815 (83%) correspondieron a defunciones en hombres y 758 (17%) en mujeres. La tasa de mortalidad por esta causa es de 3.62 personas por cada 100 mil habitantes; 6.19 en el caso de los hombres (por cada 100 mil hombres) y 1.17 para las mujeres (por cada 100 mil mujeres). Las tasas más altas de mortalidad por el VIH se registran en Quintana Roo con 10.25, Colima 9.40 y Campeche con 7.52 fallecidos por cada 100 mil habitantes en cada entidad.

En México el VIH se adquiere principalmente entre los 15 y 29 años, del total de los casos registrados del VIH/sida el 30.7% corresponde a la población joven, siendo la vía sexual el principal medio de transmisión en el 96.3% de los casos (ONUSIDA, 2021). Las prácticas sexuales de riesgo suelen ser muy frecuentes en los jóvenes, situación que puede comprometer la salud sexual y reproductiva y ocasionar daños a nivel psicológico y social (Alfonso Figueroa et al., 2019). Luces, Porto, Mosquera, y Tizón (2016) refieren que los jóvenes inician relaciones sexuales en edades cada vez más tempranas, aspecto que ha sido relacionado a prácticas sexuales de riesgo como la no utilización o uso inconsistente del preservativo. El incremento de estas infecciones se deriva de la práctica sexual insegura, ya que el 97% de los casos diagnosticados han sido por transmisión sexual, ya que las conductas sexuales de riesgo incrementan la probabilidad de infección por VIH u otras ITS.

De acuerdo con el INEGI (2020) hasta el año 2020, en México 23.2 millones de personas de tres años y más se auto identifican como indígenas, lo que equivale al 19.4% de la población total de ese rango de edad; el 51.4 % (11.9 millones) son mujeres y el 48.6% (11.3 millones) son hombres. En México los pueblos indígenas comparten un

perfil demográfico, es decir prevalecen índices bajos de alfabetización, educación, menor acceso a las oportunidades económicas, a los servicios de salud, conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva originando infecciones de transmisión sexual, así como un subregistro de mortalidad y morbilidad.

Durante el 2020 el INEGI (2020), reportó que Campeche se ubicó entre los tres primeros lugares con las mayores tasas de mortalidad por VIH en el país, con una tasa de mortalidad para el estado de 7.52 por cada 100 mil habitantes, superando así la media nacional de 3.62. Mientras que las entidades con las tasas más bajas son Tlaxcala (1.04), Zacatecas (1.17), Guanajuato (1.41), Michoacán (1.43), Durango (1.47), Aguascalientes (1.54), Coahuila (1.96) e Hidalgo (1.98), que no alcanzan las dos personas fallecidas por cada 100 mil habitantes. En el caso de Campeche, se informó que hay 4 mil 483 personas infectadas, el mayor número de detecciones durante 2016, con 429 pacientes, representando el 1.4 por ciento de todo el país.

El inicio de la vida sexual es un acontecimiento que influye de una manera muy importante la vida de las y los jóvenes. Se han identificado numerosos factores condicionantes básicos de riesgo que influyen en la aparición de las ITS, como son la edad, sexo, inicio de vida sexual activa (IVSA), múltiples parejas sexuales, pobreza, disfunción familiar, falta de conocimientos y el uso no consistente del preservativo (Castillo et al., 2017); generando con esto, no solo afectación a su salud sino también repercusiones a nivel psicológico, económico y social (Organización Panamericana de Salud [PAHO] & OMS, 2019).

Dos factores de protección que pueden explicar las situaciones sexuales de riesgo son la autoeficacia para el uso del condón y la asertividad sexual, el primero se define como la percepción que el joven tiene de su competencia para desarrollar una conducta sexual eficaz y así prevenir el sida (López & Moral, 2001), y el segundo es definido como la capacidad para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no

deseada, así como negociar las conductas sexuales deseadas, el empleo de métodos anticonceptivos y los comportamientos sexuales más saludables (Morokoff, 1997).

La percepción de autoeficacia es otro aspecto que en estudios se vincula al uso consistente del condón tanto en mujeres como en hombres; por ejemplo, Casey et al. (2009) en su estudio han reportado correlaciones positivas entre la autoeficacia en el uso del condón y el uso de este en las relaciones sexuales de jóvenes. Una estrategia que puede servir en la reducción de las conductas sexuales de riesgo es la asertividad sexual, pues se relaciona con diversos aspectos de la respuesta sexual y por ende con la salud sexual. La asertividad sexual (AS) es un elemento esencial en la sexualidad humana, se define como la capacidad de las personas para iniciar, rechazar la actividad sexual y emplear métodos anticonceptivos; está consolidada en base al derecho humano de la autonomía, la cual asume que todos los individuos tienen el mismo derecho de elegir sobre su propia experiencia y actividad sexual. La asertividad sexual funciona como un factor de protección ante conductas sexuales de riesgo, las cuales pueden hacer más probable la incidencia de ITS (Santos-Iglesias & Sierra, 2010).

Pavia et.al.(2012) describió que, en México, la epidemia del sida en el área rural e indígena es más reciente, presentando un crecimiento exponencial debido a la falta o dificultad de acceso a la información, a servicios de salud y a condiciones de precariedad, aunado al incremento del fenómeno de la migración, en busca de mejores opciones de vida. Reartes (2011) menciona que, en las comunidades indígenas, las relaciones entre los géneros han evolucionado por los cambios políticos, económicos y religiosos, que ocasionan nuevas formas de socialización. Por su parte, Terán, et al. (2016) recomiendan que antes de implementar una intervención es necesario comprender la perspectiva y los conocimientos que la población tiene sobre el cuidado de la salud, para diseñar la intervención de acuerdo con sus creencias y costumbres tomando en cuenta sus preocupaciones e involucrando a las personas de las comunidades. En las comunidades indígenas se suma el desconocimiento que se tiene

respecto a la conceptualización del riesgo, no se sabe si el riesgo para las personas indígenas es similar al que se maneja en la ciencia. Por lo anterior, el propósito del presente estudio es determinar la relación entre la autoeficacia del uso de condón y asertividad sexual para la prevención de VIH/sida en adolescentes y jóvenes de una comunidad indígena.

Marco de Referencia

Autoeficacia de Uso del Condón

Es importante conocer la manera en que jóvenes resuelven sus cuestionamientos sobre el comportamiento sexual, en parte reflejo del contexto sociocultural en el que interactúan y de la interpretación que tienen sobre su propio bienestar psicoafectivo.

Lo anterior cobra relevancia en el contexto de la sexualidad juvenil al considerar que la primera relación sexual se experimenta a edades cada vez menores; lo que favorece un manejo inadecuado de la sexualidad dada la escasa madurez evolutiva de los jóvenes que, aparentemente, no cuentan aún con suficientes habilidades de comunicación interpersonal para manejar los procesos de negociación vinculados a las relaciones sexuales o al uso de métodos anticonceptivos (Sánchez-Meneses, Dávila-Mendoza & Ponce-Rosas, 2015). El aspecto por considerar es el relacionado con las creencias de los hombres sobre el uso del condón como limitante para experimentar placer en la relación sexual (De Jesús-Reyes & Menkes-Bancet, 2014).

Al respecto, para estudiar los factores asociados al uso consistente o no del preservativo, pueden encontrarse distintos abordajes en los que se identifican tendencias hacia la evaluación de creencias y actitudes frente a su uso, que centradas en concepciones socio-cognitivas, abarcan elementos de interrelación entre creencias, autoeficacia y determinadas habilidades sociales (Sánchez-Medina, Robles-Montijo & Enríquez, 2015; Uribe, Amador, Zacarías & Villarreal, 2012; Valencia & Canaval, 2012; Villegas, Cianelli, Santisteban, Lara & Vargas, 2016). De este modo, la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen, 1991) sugiere que las intenciones de las personas para realizar

una conducta están vinculadas a las motivaciones que influyen en la misma; dichas intenciones son indicios sobre cómo las personas se disponen a ejercer un esfuerzo con el fin de realizar la acción deseada, por lo que, mientras mayor sea la intención de realizar una acción, hay mayor probabilidad de que se lleve a cabo; y si las personas se perciben como eficaces para ejecutarla, es muy probable que la realicen. Este principio es útil para explicar en gran medida el hecho de que, si una persona joven se percibe a sí misma como auto eficaz para usar un condón en una relación sexual, es más probable que lo utilice, y más aún si el entorno y la interacción con su pareja sexual favorecen la comunicación sobre su uso.

Asertividad sexual

La conducta humana está en constante revisión y conceptualización, es por ello que se partió de una definición de asertividad general, y a través del tiempo apareció el constructo de Asertividad Sexual, surgiendo en el léxico también como "competencias sexuales" (Caballo, 1983); López & Enzlin, 2013). Es importante saber diferenciar estos dos constructos ya que según los estudios, no siempre una persona asertiva lo es también en su vida sexual (Morokoff et al., 1997).

Históricamente, el término Asertividad Sexual también apareció cuando distintos autores intentaron comprender las estrategias de comunicación que se utilizan en el contexto de la relación de pareja para llevar a cabo una vida sexual (Morokoff et al., 1997). Desde entonces se comenzó a definir dicho constructo, tanto como una capacidad de comunicación efectiva, un tipo de comportamiento para expresar necesidades, sentimientos, opiniones, pensamientos y deseos sin ansiedad (López, & Enzlin, 2013) y como una habilidad de comunicación sexual (Hernández, Rodríguez, Moreno, Robles, Frías, Rodríguez, Díaz Gonzáles, & Barroso, 2006).

La definición más reconocida a lo largo de las investigaciones es que la Asertividad Sexual se considera como la capacidad de iniciar la actividad sexual, de

rechazar la actividad sexual no deseada, de negociar el uso de métodos anticonceptivos y por tanto de ejercer comportamientos sexuales más saludables (Morokoff et al.,1997).

Tomando como base este concepto, se considera que el beneficio de un correcto ejercicio de la Asertividad Sexual sirve para negociar encuentros sexuales seguros, tener la posibilidad de tomar decisiones de cuándo tener relaciones sexuales, e incluso marcar parámetros para los encuentros sexuales placenteros, es por ello que se considera que dicha habilidad está vinculada a la interacción de la pareja cuando se inicia la actividad sexual, su negociación y negación (Santos-Iglesias & Sierra, 2010).

Estudios Relacionados

Autoeficacia de uso del condón

Navarrete, et al. (2021) realizaron un estudio de autoeficacia para prevenir el VIH, se puede identificar que los jóvenes se percibieron más eficaces para discutir sobre la prevención del sida con la pareja (96.5%), capaz de usar el preservativo cada vez que tenga relaciones sexuales (83.5%), de negarse a tener relaciones sexuales si su pareja no acepta usar el preservativo (71.3%). Por lo contrario, los jóvenes manifestaron no percibirse capaces de decir no, cuando les proponen tener relaciones sexuales alguien, si su nivel de excitación sexual es muy alto (45.2%), no tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio (100%), de mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida (46.9%) y tampoco se siente capaces de platicar con sus padres sobre temas sexuales (46.1%).

Guerra, et al (2019), reportaron que la edad de inicio de vida sexual es de 16 años, en relación con el número de personas con las que han tenido relaciones sexuales los jóvenes, la media fue 1.96 (DE= 1.67). Por otro lado, los jóvenes se percibieron medio seguros de mantener relaciones sexuales con una pareja para toda la vida, con una media de 3.57 (DE= 1.41), en cuanto a las conductas sexuales de riesgo mencionan estar nada de acuerdo en preferir arriesgarse a contraer alguna enfermedad, a no tener relaciones sexuales con 1.47 (DE= 1.18).

Uribe, et al. (2018) en una muestra no probabilística, constituida por 350 estudiantes de nivel superior de cuatro carreras profesionales de una universidad pública en el estado de Colima, México, de entre 19 y 24 años de edad, de los cuales, 164 son varones y 186 son mujeres, la edad promedio de los hombres fue de 21 años ($\Sigma=1.469$), mientras que la de las mujeres fue de 21.4 años ($\Sigma=1.5609$), refieren que la práctica sexual protegida en jóvenes o el uso consistente del condón durante las prácticas sexuales tanto en mujeres como en hombres jóvenes está vinculada al desarrollo de habilidades de comunicación, a la capacidad para percibirse seguros y seguras, además de autoeficaces en el uso del condón en sus encuentros sexuales. La habilidad de negociación del uso del condón establece un efecto directo sobre el uso del condón en las relaciones sexuales (0.227 $p<0.005$), de igual manera, la percepción de autoeficacia en el uso del condón genera un efecto directo sobre la asertividad sexual (0.416 $p<0.001$).

Chambers et al.(2018), realizaron un estudio transversal, descriptivo y comparativo en adolescentes de comunidades rurales de Estados Unidos para identificar la autoeficacia para prevenir el VIH y experiencia sexual en la intención del uso del condón. El 56% fueron mujeres y el 44% hombres, las mujeres reportaron mayor autoeficacia para prevenir el VIH en comparación con los hombres (4.47 vs 4.04; $p<.001$), los adolescentes sin experiencia sexual informaron mayor autoeficacia en la intención del uso del condón que los jóvenes con experiencia sexual (4.36 vs 4.00; $p <.001$). Se concluye, que las mujeres tienen mayor autoeficacia para prevenir el VIH que los hombres y que los adolescentes sin experiencia sexual presentan mayor autoeficacia en la intención del uso del condón que los que ya tienen experiencia sexual.

Nwozichi, et al. (2016) realizaron un estudio descriptivo para evaluar la comprensión de las actitudes hacia el uso del condón y las conductas sexuales en estudiantes de Karnataka, India. Participaron 212 jóvenes. En los resultados se muestra que el 55.6% de los hombres y el 50% de las mujeres estuvieron de acuerdo en que no

disfrutaban del sexo al usar condones, 38.7% de hombres estuvo en desacuerdo en que el uso adecuado del condón mejora el placer sexual y 47.7% de las mujeres no estaban decididas. En los hombres, el 47.6% señaló que el aspecto sensorial de los condones es desagradable y 44.3% de las mujeres no estuvo de acuerdo. El 39.5% de los hombres y el 43.2% de las mujeres estuvieron de acuerdo en que el condón arruina el acto sexual natural. El 47.6% de los hombres informó su intención de ceder a las relaciones sexuales sin protección si sus parejas lo deseaban, mientras que ellas señalaron no estar seguras de esto. El 68.5% de los hombres informó haber tenido relaciones sexuales con personas en riesgo de contraer el VIH/sida y el 50% de las mujeres no estuvo de acuerdo con esto.

Puffer et al. (2014), efectuaron una investigación tipo descriptiva, explicativa en 325 adolescentes de zonas rurales de Kenia para comparar la autoeficacia percibida para prevenir el VIH entre hombres y mujeres asociados a la vida sexual activa. Participaron 85% hombres y 54% mujeres, la autoeficacia percibida para prevenir VIH fue mayor en hombres que en mujeres ($\bar{X}=19.23$, $DE=5.03$ vs $\bar{X}=18.87$, $DE=5.13$; $t=.63$); también identificaron que los jóvenes sexualmente activos presentaron una menor probabilidad de autoeficacia para prevenir el VIH (AOR=.86, $p<.05$, IC=95%) que los no sexualmente activos (AOR=.99, $p<.001$, IC=95%).

Calvillo y Rodríguez (2014) identificaron los conocimientos sobre salud sexual en adolescentes indígenas, en un estudio descriptivo y transversal con una muestra de 178 participantes. En los resultados, el 69% tuvo un enfoque incorrecto sobre la sexualidad. Respecto a las vías de transmisión de ITS, 20% respondió incorrectamente, el 61% no relacionó la posibilidad de contraer una ITS en la relación sexual sin protección, y consideran natural la práctica del sexo en los varones, y no así en las mujeres. En relación con la responsabilidad de protegerse en la relación sexual, 72% señaló que es el hombre y la mujer; sobre el uso del condón en la primera relación sexual el 66% no contestó, y 20% de los hombres señalaron que se protegieron. El método más utilizado fue el condón en 16%.

Asertividad sexual

Uribe Alvarado, et al. (2017) realizó un estudio descriptivo correlacional y predictivo con una muestra de 631 jóvenes estudiantes universitarios de alguna institución educativa superior de las ciudades de Barranquilla y Cúcuta, Colombia, con edades entre 19 y 26 años, de los cuales 372 (59 %) eran mujeres, con un promedio de edad de 21.3 años (DE=2.042) y 259 hombres (41 %), con una media de edad de 20.6 años (DE=1.589), mostrando que la percepción de autoeficacia y la asertividad sexual fueron fuertes predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de las mujeres, mientras que para el caso de los hombres, solo la asertividad sexual predijo su uso.

Los hombres reportaron una edad media en el debut sexual de 15.7 años (DE=1.699) y las mujeres reportaron una media de 17.2 años (DE=1.744); por lo tanto, el grupo de los hombres reportó haber tenido su primera relación sexual a menor edad que las mujeres ($p < .001$). Con respecto a la cantidad de parejas sexuales, el grupo de hombres reportó haber tenido 5.8 parejas en promedio (DE= 5.158), mientras que las mujeres reportaron un promedio de 2.8 (DE=2.142), por lo que se concluye que el grupo de hombres reportó tener más parejas sexuales que las mujeres ($p < .001$).

En el grupo de hombres se reporta una correlación significativa negativa entre el uso del condón en los últimos treinta días con el rechazo del uso ($r=237$); la frecuencia del uso durante su vida sexual con las variables percepción de autoeficacia ($r=462$) y asertividad sexual ($r=331$); y correlaciones negativas con las variables rechazo del uso del condón ($r=-317$) y baja percepción de riesgo ($r=337$). Mientras que para el grupo de mujeres se obtuvieron correlaciones significativas entre la frecuencia del uso del condón en los últimos treinta días con la variable asertividad sexual ($r=141$); así como el uso del condón durante su vida sexual con las variables percepción de autoeficacia ($r=372$), y asertividad sexual ($r=275$).

Exavery et al. (2012) analizaron la negociación del uso del condón entre mujeres rurales, mediante un estudio transversal y una muestra de 2,614 participantes

sexualmente activas. En los resultados el 78.6% informó no usar condón porque confían en sus parejas sexuales y viceversa. La proporción del uso del condón se redujo drásticamente con el aumento de la edad, 23.8% y 15.5% en menores y mayores de 20 años respectivamente. La regresión logística mostró que las mujeres que confiaban en negociar el uso del condón con sus parejas sexuales eran significativamente 3.1 veces más propensas que las mujeres que no confiaban en haber usado un condón en la última relación sexual (OR=3.13, IC=2.22-4.41, $p<.001$).

En síntesis, los estudios relacionados de Estados Unidos muestran que la comunicación sexual es el mejor proyector para llevar a cabo una conducta sexual sin riesgos, sin embargo, a pesar de la minuciosa búsqueda solo se encontró un estudio en México que midiera la relación entre ambas variables, por lo que uno de los propósitos es conocer la relación entre la autoeficacia de uso de condón y la asertividad sexual en jóvenes de comunidad indígena. Además, se identificó que la experiencia sexual, una mayor cantidad de parejas sexuales y menor en el inicio de la vida sexual activa son predictores para comunicarse sobre temas de salud y usar el preservativo de manera consistente.

Definición de Términos

Asertividad sexual

La conducta que tienen los adolescentes y jóvenes indígenas para expresar apropiadamente pensamientos relacionados a la actividad sexual, rechazar el contacto sexual no deseado, negociar el empleo de métodos anticonceptivos.

Autoeficacia para el uso del condón

Es la capacidad percibida que tienen los adolescentes y jóvenes indígenas de su capacidad para no tener relaciones sexuales sin protección, usar el preservativo, hablar con su compañero o compañera sexual sobre relaciones sexuales anteriores y riesgos vividos.

Experiencia sexual

Se refiere a la edad de IVSA a través del uso de su propio cuerpo para relacionarse con otros individuos a través del placer, y al número de parejas sexuales. El IVSA es definido como la primera relación sexual coital.

Objetivo General

Determinar la relación entre la autoeficacia para el uso del condón y asertividad sexual para la prevención de VIH/sida en adolescentes y jóvenes de una comunidad indígena.

Objetivos Específicos

Describir la experiencia sexual (edad de inicio de vida sexual, número de parejas sexuales) de los adolescentes y jóvenes en comunidad indígena.

Identificar la relación entre autoeficacia de uso de condón e inicio de la actividad sexual en adolescentes y jóvenes de una comunidad indígena.

Identificar la relación entre asertividad sexual inicio de la actividad sexual y parejas sexuales en adolescentes y jóvenes de una comunidad indígena.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo, se describe la metodología para el presente estudio. Se expone el tipo del estudio, la población, muestreo y muestra, criterios de inclusión, instrumentos de medición, procedimiento para la recolección de los datos, así como; consideraciones éticas y estrategias para el análisis estadístico de los datos.

Diseño del Estudio

Se realizó un estudio de corte transversal descriptivo-correlacional (Grove et al, 2012), para explicar la relación entre autoeficacia para el uso de condón, asertividad sexual y determinar el grado en que estas variables que están relacionadas.

Población, Muestreo y Muestra

La población de interés estuvo conformada por 600 adolescentes y jóvenes con edades comprendidas entre 15 a 22 años. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, el tamaño de la muestra fue calculado a través del paquete estadístico G Power 3.1, considerando una tasa de no respuesta del 20% y un nivel de significancia de .05, para una muestra final de 219 adolescentes y jóvenes.

Criterios de Inclusión

Adolescentes y jóvenes de 15 a 22 años, que se encuentran matriculados al plan de estudios del plantel.

Criterios de Exclusión

Adolescentes y jóvenes que se encontraban casados o en unión libre y que no se identifiquen como indígena.

Criterios de Eliminación

Adolescentes y jóvenes que decidieron no continuar en el estudio, así como aquellos que no respondieron al menos el 80% de los instrumentos de medición.

Instrumentos de Medición

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

Cédula de datos sociodemográficos

Se medirán a través de esta cédula de datos sociodemográficos (CDS) las siguientes variables; edad, sexo, ocupación, edad de inicio de vida sexual, número de parejas sexuales y se identifica como parte de una comunidad indígena.

Escala de Autoeficacia para el uso de condón

La escala mide la autoeficacia para el uso del condón a través de seis dimensiones: Evitar riesgo multifacético (evadir las relaciones sexuales en diferentes situaciones si no se cuenta con un condón); colocación del condón (uso del condón oportuno y adecuado a pesar del momento de la relación sexual-excitación); persuasión verbal (convencimiento de la pareja sobre el uso del condón); condones erotizantes (confianza que se tiene para usar el condón disfrutando la experiencia con la pareja sexual de manera divertida); persuasión bajo la influencia del alcohol u otra sustancia (utilización del condón a pesar del influjo del alcohol u otra sustancia) y disponibilidad de condón (mantener condones disponibles para cada relación sexual), un ejemplo de pregunta es; puedo decir que no al sexo si mi pareja y yo no tenemos un condón, aun si no hemos usado uno en el pasado. La escala posee un total de 26 reactivos y un patrón de respuesta tipo Likert que va desde 1 = Nada de acuerdo, hasta 5 = Totalmente de acuerdo. Al sumar cada respuesta se obtiene un puntaje mínimo de 26 y un puntaje máximo de 130, en donde a mayor puntaje, mayor autoeficacia sobre el uso del condón. Se registró una consistencia interna de 0.79 en una muestra española.

Índice de Hulbert de Asertividad Sexual (HISA)

El presente cuestionario contiene 25 ítems calificados utilizando una escala de Likert de cinco puntos que van desde "Siempre (0)" a "Nunca (4)". Las preguntas 3, 4, 5, 7, 12, 15, 16, 17, 18, 21, 22 y 23 se puntúan de forma inversa (Siempre=4 y Nunca=0).

Los posibles puntajes de las pruebas van de 0 a 100 con puntajes más altos que indican una mayor asertividad sexual, mientras que las puntuaciones más bajas mostraron menor asertividad sexual, un ejemplo de pregunta. un ejemplo de pregunta es: Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin utilizar condón o barrera de látex, incluso aunque yo no quiero. Se registró una consistencia interna de 0.85 en pruebas de test y retest, y de 0.84 en una muestra salvadoreña.

Procedimiento de Recolección de Datos

Previo a iniciar con la recolección de 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). Posteriormente se asistió al Centro de Bachillerato Tecnológico Agropecuario para entregar el oficio expedido por la FAEN al responsable del plantel, en el cual se solicitó el listado de los alumnos y grupos para identificar el número total de alumnos. Posteriormente esta información se ingresó en una base de datos del programa Excel para obtener de manera aleatoria a los alumnos que contaron con una edad comprendida entre 15 a 22 años que cumplieron con los criterios de inclusión. El investigador realizó posteriormente una visita con previo acuerdo del horario de cada grupo por parte de las autoridades escolares del colegio, seleccionado a los alumnos de las aulas correspondientes, los alumnos se concentraron dentro de sus propias aulas, se colocaron de acuerdo con el orden de lista, se verificó la información y se procedió a explicar a los jóvenes el motivo de la visita, la importancia y los objetivos de estudio. Con el fin de prevenir cualquier contagio ante el COVID 19 se mantuvieron las medidas necesarias como el uso de cubrebocas en todo momento, la sana distancia y se ofreció a los adolescentes y jóvenes el uso de alcohol gel antes y después de concluir la aplicación de los instrumentos. Se proporcionó a cada joven el consentimiento informado (Apéndice D) y a los adolescentes el consentimiento informado para su padre, madres y/o tutor para autorización de su participación, una vez obtenido el consentimiento se les explicó que sus datos personales no serían expuestos

en los resultados de la investigación y de la destrucción de las cédulas e instrumentos que contestarán al cabo de un año del término del estudio. Se les explicó además que ninguna respuesta es correcta e incorrecta y que podían dejar de participar en el estudio en el momento que así lo desearan sin consecuencias o represalias, tanto por parte del plantel como del equipo de investigación, así como la resolución de dudas ante palabras u oraciones en los instrumentos levantando la mano para que el investigador acuda a su lugar. Al término del llenado de los instrumentos los adolescentes y jóvenes se fueron levantando y entregando sus instrumentos de aplicación, verificando que estén contestados en su totalidad.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a los lineamientos y principios vigentes en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (2014) que especifica que toda investigación científica destinada a la salud debe someterse a revisiones para su aprobación (Secretaría de Salud, 1987; Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2014), el cual establece los Lineamientos y Principios Éticos Generales a los que debe apegarse toda investigación científica en el área de la salud que involucre seres humanos. De acuerdo con el Título Segundo sobre aspectos éticos de la investigación en seres humanos y para el cumplimiento del Capítulo I Artículo 13, en el desarrollo del presente estudio, se respetó la dignidad y protección de los participantes (desde ahora denominados adolescentes y jóvenes). Al mismo tiempo, se les explicó que podían retirarse del estudio en el momento que así lo decidieran sin afectar su situación en la comunidad o su plantel de estudios. De acuerdo con el Artículo 14, Fracción I, V, VII y VIII, antes de iniciar el estudio se obtuvo la aprobación del Comité de Investigación y de Ética en Investigación de la FAEN-UANL, para asegurar el cumplimiento de los principios éticos y científicos que justificaron el estudio. Se contó, además, con el consentimiento informado y asentimiento previamente firmado por cada adolescente y joven sobre su participación voluntaria además de la confidencialidad en

el manejo de los datos obtenidos a los que solo el investigador tuvo acceso (Artículo 16). Esta investigación se consideró de riesgo mínimo de acuerdo con el Artículo 17, Fracción II, Artículo 58, Fracción II puesto que se aplicaron instrumentos sobre el uso de condón y la asertividad sexual, que involucró datos sobre conductas sexuales que pueden resultar de carácter sensible, incómodo y complejo de expresar.

Previo al llenado de los instrumentos, se entregó el consentimiento informado por escrito (Apéndice D), donde cada participante autorizó su participación en el estudio dejándole claro que, a pesar de haberlo firmado, tuvo el derecho a suspender su participación cuando así lo decidiera (Artículo 20), en el caso de los menores de edad se entregó el consentimiento informado a los tutores (Apéndice E) y el asentimiento informado (Apéndice F) a los adolescentes una vez que los tutores hayan aceptado la participación. Como señala el Artículo 21, en dicho consentimiento se explicó claramente el propósito del estudio, los posibles riesgos, los beneficios, el derecho a recibir respuestas a sus dudas, así como la seguridad en la protección a su identidad (Fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII). Cabe mencionar que el formato de consentimiento informado utilizado en la presente investigación fue autorizado por el comité de ética, como señala el Artículo 22. Así mismo, se obtuvo la aprobación de las autoridades sanitarias del plantel educativo (Capítulo II, Artículo 29 y 30).

De acuerdo con el Artículo 57 de la Constitución Política de la Ciudad de México el cual reconoce, garantiza y protege los derechos colectivos e individuales de los pueblos indígenas y sus integrantes. Las mujeres y hombres que integran estas comunidades serán titulares de los derechos consagrados en esta Constitución. En la Ciudad de México los sujetos de los derechos de los pueblos indígenas son los pueblos y barrios originarios históricamente asentados en sus territorios y las comunidades indígenas residentes. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y otros

instrumentos jurídicos internacionales de los que México es parte serán de observancia obligatoria en la Ciudad de México.

De acuerdo con el Artículo 58 de la Constitución Política de la Ciudad de México sobre la Composición pluricultural, plurilingüe y pluriétnica de la Ciudad de México, esta Constitución reconoce que la Ciudad de México tiene una composición pluricultural, plurilingüe y pluriétnica sustentada en sus pueblos y barrios originarios y comunidades indígenas residentes. Se entenderá por pueblos y barrios originarios y comunidades indígenas residentes lo siguiente: los pueblos y barrios originarios son aquellos que descienden de poblaciones asentadas en el territorio actual de la Ciudad de México desde antes de la colonización y del establecimiento de las fronteras actuales y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, sistemas normativos propios, tradición histórica, territorialidad y cosmovisión, o parte de ellas; y las comunidades indígenas residentes son una unidad social, económica y cultural de personas que forman parte de pueblos indígenas de otras regiones del país, que se han asentado en la Ciudad de México y que en forma comunitaria reproducen total o parcialmente sus instituciones y tradiciones. Se reconoce el derecho al autoadscripción de los pueblos y barrios originarios y comunidades indígenas residentes y de sus integrantes. La conciencia de su identidad colectiva e individual, deberá ser criterio fundamental para determinar a los sujetos que se aplicaron las disposiciones en la materia contenidas en esta Constitución.

Estrategia de Análisis de Datos

Los datos del presente estudio se analizaron con el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 26. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Para conocer las características de las participantes del estudio, se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas, y medidas de tendencia central, así como de dispersión para las variables numéricas. Se determinó la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente Alpha de Cronbach, se calcularon

sumatorias para los instrumentos. Posteriormente se evaluaron los objetivos del estudio, primeramente, se analizaron los datos para determinar su normalidad utilizando la prueba de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors, y justificar el uso de estadística paramétrica o no paramétrica. Para dar respuesta del objetivo general se tuvieron resultados a partir de una correlación de Spearman, al igual con los objetivos específicos dos y tres, mientras que para dar respuesta al objetivo específico número uno se utilizó estadística descriptiva.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se presentan los datos descriptivos del estudio. En primera instancia se incluye la estadística descriptiva de los datos sociodemográficos de la población, seguida de las variables del estudio, la consistencia interna de los instrumentos se reporta la prueba Alpha de Cronbach, así como la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos planteados.

Confiabilidad de los instrumentos

A continuación, se muestra la confiabilidad de los instrumentos utilizados (ver Tabla 1). Para determinar la consistencia interna se calculó el Coeficiente Alpha de Cronbach, los cuales se consideran aceptables.

Tabla 1

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento	Número de ítems	Alpha de Cronbach
Autoeficacia de uso de condón	26	0.94
Asertividad Sexual	18	0.80

n=219

Prueba de normalidad

Previo al análisis de los datos se exploró la distribución de datos para las variables estudio por medio de la prueba de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors. Los resultados mostraron que no hay una distribución normal por lo que se adoptó por la aplicación de estadística no paramétrica. (ver Tabla 2).

Tabla 2*Prueba de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors*

Variable	D^a	p
IVSA	0.150	.001
Parejas sexuales	0.306	0.001
Autoeficacia de uso de condón	0.099	0.001
Índice de Asertividad Sexual	0.051	0.200

Nota: D^a = prueba de normalidad; p = Valor de p

$n = 219$

Estadística descriptiva

La población estuvo conformada por 219 adolescentes y jóvenes, la edad mínima de 15 años y una máxima de 22 años con una media de 17.53 años ($Mdn = 17$, $DE = 1.059$), mostrando mayor participación los jóvenes de 17 años (43.4%). En referencia a las características de los participantes (ver tabla 3) el 60.7% fueron hombres, del total de los participantes el 73.1 % refirió dedicarse únicamente a estudiar mientras que el 26.9% estudia y trabaja. En referencia a si tienen pareja el 70.3% refirió tener pareja actualmente, y el tiempo actual con su pareja fue de 20% menos de tres meses con su pareja, 20% más de tres meses con su pareja, el 30.1% refirió llevar más de seis meses con su pareja, y el 20.7% sin pareja. Por último respecto a la percepción de los jóvenes como comunidad indígena se incluyó la pregunta si alguno de los padres habla alguna lengua indígena de los cuales el 58.4% refirió que ninguno de sus padres habla una lengua indígena; sin embargo se consideró a la población final como parte de una comunidad indígena por la zona geográfica en donde se encuentran los planteles, las características de población, así como la presencia de la lengua maya como lengua

dominante entre las comunidades visitadas, las actividades ganaderas y de cultivo, y las costumbre y tradiciones que permanecen en las comunidades.

Tabla 3

Características de los participantes

Características	<i>f</i>	%
Sexo		
Hombres	133	60.7
Mujeres	86	39.3
Ocupación		
Estudia	160	73.1
Estudia y trabaja	59	26.9
Actualmente tiene pareja		
Si	154	70.3
No	65	29.7
Tempo actual con pareja		
Menos de 3 meses	44	20
Mas de 3 meses	44	20
Mas de 6 meses	66	30.1
Sin pareja	65	20.7
Padres que hablan lengua indígena		
Si	91	41.6
No	128	58.4
Total	219	100

Nota: *f*= frecuencia, %= porcentaje, n= 219

En cuanto a las características sexuales de los jóvenes la edad de Inicio de vida sexual activa de los participantes tuvo una media de 15.89 años ($Mdn = 16$, $DE = 1.29$), la edad mínima fue de 11 años y máxima de 20. Respecto al número de parejas sexuales a la fecha la media fue de 1.9 ($Mdn = 1.0$, $DE = 1.39$), (Ver tabla 4).

Tabla 4

Características sexuales

	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Inicio de Vida Sexual Activa	15.89	16	1.29	11	20
Parejas sexuales a la fecha	1.9	1.0	1.39	1.0	8.0

Nota: *M*= media; *Mdn*= mediana; *DE*= desviación estándar; *Min*= valor mínimo; *Max*= valor máximo; $n= 219$

Adicionalmente los datos descriptivos de los instrumentos utilizados se encuentran en las tablas siguientes, a continuación, en la tabla 5 se presentan las frecuencias y porcentajes de los ítems de la escala de Autoeficacia de Uso de Condón. De acuerdo con los resultados el 42% consideró estar totalmente de acuerdo con poder decir que no al sexo con una nueva pareja si no tuvieran un condón, aún si desearan tener una relación. El 44.3% manifestó estar totalmente de acuerdo con poder evitar situaciones que puedan llevar al sexo no seguro (tener dos o más parejas sexuales, prostitución, influjo del alcohol u otras drogas) cuando no tienen un condón. El 50.2% manifestó estar totalmente de acuerdo en evitar drogarse o ponerse borracho(a) cuando sabe que va a tener sexo, por la probabilidad de no darse cuenta si utiliza o no el condón. El 53.4% manifestó estar totalmente de acuerdo en que siempre puede usar un condón, aun si se encontrara en la situación de pagar para tener relaciones sexuales. El 47% manifestó estar totalmente de acuerdo con poder ponerse un condón por sí mismo o por su pareja y disfrutar de la experiencia.

Tabla 5*Frecuencias y porcentajes de escala de Autoeficacia de Uso de Condón*

Ítems	<i>TD</i>	<i>ED</i>	<i>NAD</i>	<i>DA</i>	<i>TA</i>
	%	%	%	%	%
Puedo decir no al sexo con una nueva pareja si no tengo un condón, aun si deseo tener una relación.	11.9	7.3	19.6	19.2	42
Puedo evitar situaciones que puedan llevar al sexo no seguro (tener dos o más parejas sexuales, prostitución, influjo del alcohol u otras drogas) cuando no tengo un condón.	11.9	11.9	10	21.9	44.3
Puedo decir que no al sexo si mi pareja y yo no tenemos un condón, aun si no hemos usado uno en el pasado.	9.6	8.2	24.2	25.6	32.4
Puedo evitar drogarme o ponerme borracho(a) cuando sé que voy a tener sexo, por la probabilidad de no darme cuenta si utilizo o no el condón.	9.1	9.6	8.2	22..8	50.2

Nota: *TD*= Totalmente en Desacuerdo; *ED*= En Desacuerdo; *NAD*= Ni de acuerdo ni en desacuerdo; *DA*= De acuerdo; *TA*= Totalmente de acuerdo; *f*= Frecuencia; %= Porcentaje.

(continua)

Tabla 5 (continuación)*Frecuencias y porcentajes de escala de Autoeficacia de Uso de Condón*

Ítems	<i>TD</i>	<i>ED</i>	<i>NAD</i>	<i>DA</i>	<i>TA</i>
	%	%	%	%	%
Puedo hablar con mi pareja sobre usar un condón antes de ponerme muy “elevado” (cachondo(a), excitado(a)).	7.3	4.6	9.1	29.2	49.8
Siempre puedo usar un condón, aun si me encontrara en la situación de pagar para tener relaciones sexuales.	8.7	5.9	7.8	24.2	53.4
Puedo hablar con cada pareja sobre la importancia de usar condones, inclusive con aquellos con quienes he tenido sexo anteriormente.	8.7	3.7	12.8	34.2	40.6
Siempre llevo un condón conmigo cuando salgo, por si lo necesito.	14.6	15.1	19.2	23.3	27.9
Puedo hablar con cada nueva pareja sobre la importancia de usar condón.	9.1	6.8	5.5	37.4	41.1

Nota: *TD*= Totalmente en Desacuerdo; *ED*= En Desacuerdo; *NAD*= Ni de acuerdo ni en desacuerdo; *DA*= De acuerdo; *TA*= Totalmente de acuerdo; *f*= Frecuencia; %= Porcentaje.

(Continúa)

Tabla 5

*Frecuencias y porcentajes de escala de Autoeficacia de Uso de Condón
(continuación)*

Ítems	<i>TD</i>	<i>ED</i>	<i>NAD</i>	<i>DA</i>	<i>TA</i>
	%	%	%	%	%
Puedo encontrar otra actividad placentera (masturbación mutua) cuando un condón no está disponible.	15.1	13.7	24.2	21.5	25.6
Puedo interrumpir la relación sexual antes de la penetración para usar un condón, aun si estoy muy excitado (a) o cachondo (a).	11	6.8	16	26.5	39.7
Siempre tengo condones en la casa, por si acaso los necesitara.	16.4	11	19.6	30.6	22.4
Cuando tengo sexo con condón y después de eyacular (venirse) puedo salirme (o que mi pareja se salga) mientras el pene aún tiene erección.	6.4	10.5	29.7	27.9	25.6
Puedo usar un condón con mi pareja aun si la habitación está oscura.	7.8	8.7	11	31.5	41.1

Nota: *TD*= Totalmente en Desacuerdo; *ED*= En Desacuerdo; *NAD*= Ni de acuerdo ni en desacuerdo;

DA= De acuerdo; *TA*= Totalmente de acuerdo; *f*= Frecuencia; %= Porcentaje.

(Continúa)

Tabla 5*(continuación)**Frecuencias y porcentajes de escala de Autoeficacia de Uso de Condón*

Ítems	<i>TD</i>	<i>ED</i>	<i>NAD</i>	<i>DA</i>	<i>TA</i>
	%	%	%	%	%
Puedo usar un condón sin perder la erección o que mi pareja la pierda.	8.2	7.8	21	30.1	32.9
Puedo ser el que se ponga el condón, aun si estoy con una nueva pareja sexual y estoy nervioso(a).	10.5	4.6	15.1	33.8	36.1
Puedo ponerme un condón (yo mismo o mi pareja) de forma que no se salga o rompa (sé colocarlo correctamente).	7.3	5	7.3	33.3	47
Puedo hacer que cualquier pareja con quien he tenido sexo antes use un condón, aun si no quiere.	10.5	9.6	18.3	26	35.6
Puedo hacer que mi pareja o mis parejas usemos un condón, aun si no lo hemos usado en el pasado.	6.8	4.6	11	32.9	44.7
Puedo hacer que mi pareja o mis parejas usen un condón, aun si no quieren (o puedo utilizarlo aun si no quiero).	5.9	7.3	20.1	32	34.7

Nota: *TD*= Totalmente en Desacuerdo; *ED*= En Desacuerdo; *NAD*= Ni de acuerdo ni en desacuerdo; *DA*= De acuerdo; *TA*= Totalmente de acuerdo; *f*= Frecuencia; %= Porcentaje.

(Continúa)

Tabla 5*(continuación)**Frecuencias y porcentajes de escala de Autoeficacia de Uso de Condón*

Ítems	<i>TD</i>	<i>ED</i>	<i>NAD</i>	<i>DA</i>	<i>TA</i>
	%	%	%	%	%
Puedo hacer que el sexo sea divertido usando un condón con una nueva pareja.	9.1	7.8	13.7	36.5	32.4
Puedo hacer que el sexo sea divertido usando un condón con una pareja, aun si no lo hemos usado en el pasado.	9.1	7.8	13.7	36.5	32.4
Puedo ponerme un condón (yo mismo(a) o mi pareja) y disfrutar la experiencia.	5.5	4.1	6.4	37	47
Puedo ponerme el condón sin arruinar el momento o mi excitación.	8.7	4.6	12..8	30.6	43.4
Puedo hacer que una nueva pareja use un condón, aun si estoy bajo la influencia de alcohol u otra sustancia.	12.3	11.9	16.9	26.5	32.4
Puedo hacer que una pareja con quien no he usado condón antes use uno, aun si estoy bajo la influencia de alcohol u otra sustancia.	11	11	18.3	28.3	31.5

Nota: *TD*= Totalmente en Desacuerdo; *ED*= En Desacuerdo; *NAD*= Ni de acuerdo ni en desacuerdo; *DA*= De acuerdo; *TA*= Totalmente de acuerdo; *f*= Frecuencia; % = Porcentaje.

En relación a la asertividad sexual en la tabla 6 se observa que el 76.3% nunca práctica actividades sexuales que no le gustan, el 68.5% nunca tiene relaciones sexuales si su pareja insiste a tener relaciones sin utilizar condón o barrera de látex, incluso cuando no quisiera. El 52.5% refirió nunca tener relaciones sexuales sin condón o barrera de látex si a su pareja no le gusta usarlos. El 52.5% nunca deja que su pareja le toque los genitales, aunque su pareja le presione. El 57.1% manifestó nunca dejar que su pareja acaricie su cuerpo si no lo desea, incluso si ha insistido.

Tabla 6

Frecuencias y porcentajes del Índice de Hulbert de Asertividad Sexual

	<i>N</i>	<i>AV</i>	<i>MV</i>	<i>CS</i>	<i>S</i>
	%	%	%	%	%
Me siento incómodo si hablo mientras practico el sexo.	47.9	30.1	10	4.6	7.3
Me siento tímido cuando va a comenzar el acto sexual.	37	38.4	10.5	7.3	6.8
Me dirijo a mi pareja para pedirle sexo cuando lo deseo.	24.7	31.5	16	9.1	18.7
Pienso que trato abiertamente mis necesidades sexuales con mi pareja.	16.4	27.4	15.1	19.6	21.5
Disfruto compartiendo mis fantasías sexuales con mi pareja	13.2	11.4	9.6	16.9	48.9

Nota: *N*= Nunca; *AV*= A veces; *MV*= La mitad de las veces; *CS*= Casi siempre; *S*= Siempre; *f*=Frecuencia; %= Porcentaje.

(continúa)

Tabla 6*Frecuencias y porcentajes del Índice de Hulbert de Asertividad Sexual (continuación)*

	<i>N</i>	<i>AV</i>	<i>MV</i>	<i>CS</i>	<i>S</i>
	%	%	%	%	%
Me siento incómodo cuando hablo sobre sexo con mis amigos	41.6	28.3	9.1	7.8	13.2
Comunico mis deseos sexuales a mi pareja	12.3	22.8	13.7	17.8	33.3
Me resulta difícil tocarme mientras practico sexo	37.9	29.2	16	6.4	10.5
Resulta difícil decir “no” aunque yo no quiera sexo.	57.1	17.4	15.1	4.1	6.4
Soy reacio a describirme como persona sexualmente activa.	28.8	28.3	16.9	10	16
Me siento incómodo al decirle a mi pareja lo que me hace sentir placer.	52.5	20.5	11.9	7.3	7.8
Hablo abiertamente sobre mis sentimientos sexuales.	17.8	25.1	9.6	18.7	28.8
Soy reacio a insistir a mi pareja para que me satisfaga.	52.5	17.8	19.2	5.9	4.6
Practico sexo cuando en realidad no me apetece.	68.5	22.4	5.0	2.7	1.4
Cuando una práctica sexual no me gusta se lo digo a mi pareja.	25.1	18.7	12.3	11.4	32.4
Me siento cómodo a la banda a mi pareja por sus habilidades sexuales	20.1	17.8	14.6	16.9	30.6

Nota: *N*= Nunca; *AV*= A veces; *MV*= La mitad de las veces; *CS*= Casi siempre; *S*= Siempre;

f=Frecuencia; %= Porcentaje.

(continúa)

Tabla 6*Frecuencias y porcentajes del Índice de Hulbert de Asertividad Sexual (continuación)*

	<i>N</i>	<i>AV</i>	<i>MV</i>	<i>CS</i>	<i>S</i>
	%	%	%	%	%
Practico actividades sexuales que no me gustan.	15.1	16.4	11.9	18.3	38.4
Dar placer a mi pareja es más importante que mi propio placer.	13.7	17.8	12.3	16.4	39.7
Me siento cómodo cuando le digo a mi pareja cómo tocarme.	18.7	20.5	12.3	16.4	32
Disfruto masturbándome hasta llegar al orgasmo.	42.9	19.6	10.5	10.5	16.4
Si algo me hace sentir placer insisto en repetirlo.	18.7	21.9	16.4	14.6	28.3
Me resulta difícil ser sincero sobre mis sentimientos sexuales.	33.8	29.2	16.4	8.7	11.9
Trato de evitar hablar sobre sexo	42.9	19.6	16.4	11.4	9.6

Nota: *N*= Nunca; *AV*= A veces; *MV*= La mitad de las veces; *CS*= Casi siempre; *S*= Siempre; *f*=Frecuencia; %= Porcentaje.

Estadística Inferencial

A continuación, se presentan las pruebas estadísticas no paramétricas que fueron utilizadas para dar respuesta al objetivo general, que menciona determinar la relación entre la autoeficacia del uso de condón y asertividad sexual, en la Tabla 7 se muestra que existe una correlación positiva y significativa entre la autoeficacia para el uso de condón y la asertividad sexual, y en cuanto al inicio de vida sexual activa no se muestra relación con la autoeficacia con el uso de condón y asertividad sexual.

Tabla 7*Matriz de Correlaciones entre Variables*

Variable		1	2	3
1. Autoeficacia de uso de condón	r_s		0.358	0.089
	p		(.001)	0.191
2. Asertividad Sexual	r_s	0.358		0.005
	p	(.001)		0.938
3. Inicio de Vida Sexual Activa	r_s	.089	.005	
	p	(.191)	(.938)	

Nota: r_s = Coeficiente de Correlación de Spearman $n= 219$

Para dar respuesta al objetivo específico dos que menciona identificar la relación entre asertividad sexual inicio de la actividad sexual y parejas sexuales en adolescentes y jóvenes de una comunidad indígena, en la tabla 8 se muestra que no existe relación entre las variables.

Tabla 8*Factores personales y dimensiones de la autoeficacia de uso de condón*

Variable	<i>Colocación del condón</i>	<i>Uso del preservativo</i>	<i>Asertividad sexual</i>
	r_s	r_s	r_s
	p	p	p
IVSA	0.95 (0.163)	0.104 (0.126)	0.419 (0.219)
Parejas sexuales	0.020 (0.768)	-0.09 (0.896)	0.52 (0.445)

Nota: **. La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

*La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

Para dar respuesta al objetivo específico tres que menciona identificar la relación entre asertividad sexual y el inicio de vida sexual y parejas sexuales en adolescentes y jóvenes de una comunidad indígena, en la Tabla 9 se muestra que existe una relación negativa entre la dimensión de asertividad sexual de rechazo y el número de parejas sexuales ($r_s = -0.147$, $p = 0.030$).

Tabla 9

Factores personales y dimensiones de la asertividad sexual

Variable	<i>Inicio</i>	<i>Rechazo</i>	<i>Embarazo y ETS</i>	<i>Uso de condón</i>
	r_s	r_s	r_s	
	p	p	p	
IVSA	0.97 (0.115)	0.031 (0.650)	-0.028 (0.682)	-0.021 (0.761)
Parejas sexuales	-0.081 (0.232)	-0.147 (0.030)	0.924 (0.219)	0.904 (0.219)

Nota: **. La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral)

*La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral)

Capítulo IV

Discusión

En este capítulo se discuten los resultados del presente estudio, en el cual se encontraron similitudes con relación a la edad de inicio de vida sexual con que reporta Guerra, et al (2019) con una edad de inicio de sexual de 16 años, en este estudio se reporta igualmente una edad similar de inicio de 16 años.

En relación con el objetivo general entre la relación de autoeficacia de uso de condón y asertividad sexual, la relación coincide con lo encontrado por Uribe, et al. (2018) que establece que la práctica sexual protegida en jóvenes o el uso consistente del condón durante las prácticas sexuales tanto en mujeres como en hombres jóvenes está vinculada al desarrollo de habilidades de comunicación, a la capacidad para percibirse seguros y seguras, además de autoeficaces en el uso del condón en sus encuentros sexuales, en este estudio si bien los jóvenes demostraron una autoeficacia de uso de condón con puntajes sobre la media del instrumento no fue de igual manera para el instrumento de asertividad sexual, pudiendo ser un factor importante en la diferencia de estos estudios la edad de los participantes, siendo de este estudio más jóvenes y estando en una comunidad indígena.

En cuanto al objetivo específico número uno de describir la experiencia sexual respecto a la edad de inicio de vida sexual activa y el número de parejas sexuales poco menos de la mitad de la población reportó ser sexualmente activa, de igual forma poco menos de la mitad de los participantes son sexualmente activos y el 43.2% de los participantes manifestó tener relaciones sexuales en los últimos 30 días con una persona que no fuera su pareja actualmente. Estos resultados concuerdan con lo descrito por Kaloso et al. (2015) quien reporta en un estudio llevado a cabo en adolescentes rurales, poco menos de la mitad de los participantes son sexualmente activos, además de no haber utilizado condón en su última relación sexual, demostrando que las relaciones

sexuales sin empleo de métodos de barrera siguen siendo común entre los adolescentes y jóvenes.

En relación con el primer objetivo específico entre la relación de autoeficacia de uso de condón e inicio de vida sexual activa se encontró similitud en un estudio llevado a cabo por Chambers et al. (2018) que concluyó que los participantes sin experiencia sexual reportaron mayores niveles de autoeficacia de uso de condón, observando resultados similares en este estudio en que menor edad de inicio de vida sexual activa se reportan mayores niveles de autoeficacia de uso de condón, mientras que los niveles de asertividad sexual son menores, en cambio a mayor edad de inicio de vida sexual activa se reportan menores niveles de autoeficacia de uso de condón pero mayores niveles de asertividad sexual.

En relación con el objetivo específico número tres, la relación entre asertividad sexual inicio de la actividad sexual y parejas sexuales en adolescentes y jóvenes de una comunidad indígena, los resultados sobre asertividad sexual son similares a los reportados por Uribe (2017), quien encontró altos niveles de asertividad sexual y autoeficacia de uso de condón para prevención de ETS y conductas sexuales de riesgo. En este sentido, la asertividad sexual funciona como factor de protección ante las conductas sexuales de riesgo.

Conclusiones

La autoeficacia para el uso de condón y la asertividad sexual demostraron una correlación positiva.

Entre mayor es el número de parejas sexuales el inicio de vida sexual activa es menor.

No hubo relación entre la asertividad sexual y el inicio de vida sexual activo.

La autoeficacia de uso de condón y la asertividad sexual son factores que contribuyen en el desarrollo de una vida sexual saludable, lo que conlleva a la prevención de infecciones de transmisión sexual como lo es el VIH, que sigue siendo

hoy en día una de las principales problemáticas entre los jóvenes dado su inicio de vida sexual cada vez a edades más tempranas, el desconocimiento del uso adecuado del condón así como de la asertividad sexual durante sus relaciones en pareja formales o casuales.

En cuanto a las características de la población se identifica que a menor edad de inicio de vida sexual mayor será la autoeficacia de uso de condón, pero también el número de parejas sexuales a la fecha, sucediendo lo contrario, a mayor edad de inicio de vida sexual activa menor será la autoeficacia de uso de condón, pero mayor el índice de asertividad sexual.

Limitaciones

Los datos fueron recolectados en tres planteles de bachillerato en tres municipios del estado de Campeche, por lo que no es posible generalizar sobre los resultados a nivel estatal. El acercamiento a estos planteles fue complicado en un inicio dada la naturaleza de las preguntas, sin embargo, a través del diálogo con los directivos de los diferentes planteles se logró obtener los permisos necesarios, recalando que son muy pocos los estudios de esta índole que han sido llevados a cabo en poblaciones de comunidad indígena.

Al principio igual se mostraron preocupados por el posible rechazo de los tutores, en el caso de los menores de edad, en la participación al estudio, sin embargo, la mayoría de los padres y tutores otorgo el permiso argumentando que es bueno que se lleven este tipo de estudios en las comunidades para la prevención en jóvenes de la comunidad. Al final el estudio se vio sustentado por los datos obtenidos de entre los cuales la edad mínima de inicio de vida sexual activa fue de 11 años y el mayor número de parejas sexuales a la fecha de ocho.

La aceptación por parte de los alumnos fue satisfactoria pues se mostraron interesados en participar. A pesar de las dudas sobre las preguntas, ellos pudieron contestarlas de manera adecuada, cabe resaltar que solo un alumno hombre se acercó a

preguntar si él podía contestar las preguntas dado que su pareja es hombre y las preguntas hacen referencia a parejas convencionales de hombre mujer.

Recomendaciones

Los resultados en el estudio son relevantes en el área de Enfermería. Se pueden considerar los resultados de este estudio para desarrollar programas de prevención de enfermedades de transmisión sexual, el VIH/sida como una de las infecciones de transmisión sexual en Campeche, y las conductas sexuales de riesgo a través de programas de concientización y de información sobre asertividad sexual.

Dar continuidad a la búsqueda de factores que den mayor entendimiento a la asertividad sexual y a la autoeficacia de uso de condón entre los adolescentes y jóvenes seguirá siendo de vital importancia, así como aquellos factores predisponentes a un inicio de vida sexual cada vez más temprano entre los adolescentes.

La información hasta el momento sugiere que múltiples factores se encuentran involucrados en comportamientos complejos más allá de los factores a nivel individual. El presente estudio se desarrolló de tal manera contribuya como antecedente para futuros estudios en comunidades indígenas, teniendo diferencias con una comunidad citadina, y en la que influyen factores diferentes como la geografía, costumbres y tradiciones, uso y alcance de las tecnologías de comunicación.

Se recomienda llevar a cabo más estudios en comunidades de características similares con el empleo de datos cuantitativos y cualitativos a través de estudios mixtos que ayuden a comprender mejor el fenómeno de asertividad sexual y autoeficacia de condón entre los adolescentes y jóvenes.

Referencias

- Alvarado, U., Isaac, J., Palos, A., Salinas, Z., Ocampo, B., Alvarado, J. I. U., Palos, P. A., Salinas, X. Z., & Ocampo, D. B. (2013). Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes , análisis diferencial por sexo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 15*(2), 75–92.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review Psychology, 52*, 1-26.
- Ballester, R., Gil, M., Ruiz, E y Giménez, C, (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. *Anales de psicología. 29*(1) 76-82.
- Caballo, V.E. (1983). Asertividad: definiciones y dimensiones. *Estudios de Psicología, 13*, 52-62. Calvillo, P. C. R., & Rodríguez, C. 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.
- Chambers, R. S., Rosenstock, S., Lee, A., Goklish, N., Larzelere, F., & Tingey, L. (2018). Exploring the role of sex and sexual experience in predicting American Indian adolescent condom use intention using protection motivation theory. *Frontiers in Public Health, 6*(NOV), 1–9.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00318>
- Espada, J; Quiles, M y Méndez, F. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo, 24*(85), 29-36.
- Exavery, A., Kanté, A. M., Jackson, E., Noronha, J., Sikustahili, G., Tani, K., ... Philips, & F., J. (2012). Role of condom negotiation on condom use among women of reproductive age in three districts in Tanzania. *BMC Public Health, 12*.
- Flores, G.M.M. (2002). Asertividad: una habilidad social necesaria en el mundo de

hoy.Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán. 221, 34-47.

Guerra Rodriguez, G. M., Gil Vazquez, H. M., Olivares Ornelas, O. A., Cepeda Rangel, A. A., Duque, J. H., & Martinez Guerrero, A. S. (2019). Tipo de vida sexual, autoeficacia y actitud sobre las conductas sexuales de riesgo. *Journal Health NPEPS*, 4(2), 104–117. <https://doi.org/10.30681/252610103843>

Granados, M y Sierra, J (2016). Excitación sexual: una revisión sobre su relación con las conductas sexuales de riesgo. *Terapia psicológica* 34(1), 59-70.

Hulbert, D.F. (1991). The role of assertiveness in female sexuality: A comparative study between sexually assertive and sexually nonassertive women. *Journal of sex and marital therapy*, 17, 183 - 190

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. <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0097-5>

López., S y Enzlin., P. (Katholieke U. L. F. of M. . (2013). *Factors associated with the development of sexual assertiveness in women: A Literature Review*.

López-Rosales F. y Moral-de la Rubia, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*, 43:421-432.

Morales, S.; Arboleda, O. y Segura, A. (2014). Las prácticas sexuales de riesgo al VIH en población universitaria. *Revista de Salud Pública*. 16(1), 27-39.

Morokoff, P.J., Quina, K., Harlow, L.L., Whitmire, L., Grimley, D.M., Gibson, P. R. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women. *Development and Validation. Journal of Personality and Social Psychology*, 790–804.

- Navarrete-Ochoa, B. V., Jiménez-Vázquez, V., Amaro-Hinojosa, M. D., & Orozco-Gómez, C. (2021). Self-efficacy for preventing HIV and sexual practices in high school students in Chihuahua, México. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 21(1), 230–244. <https://doi.org/10.21134/HAAJ.V21I1.564>
- Nwozichi, C.U., OJewole, F.O., & Farotimi, A. A. (2016). Understanding attitudes toward condom use and sexual behaviors of Nigerian undergraduate students in Karnataka, India. *Muller Journal of Medical Sciences and Research*, 7, 17–22.
- OMS. (Noviembre de 2021). Infecciones de transmisión sexual. Organización Mundial de la Salud.
- ONUSIDA. (2021). Últimas Estadísticas Sobre El Estado De La Epidemia De Sida. *Hoja Informativa-Centro de Prensa*, 7. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Osorio, A; Álvarez, A; Hernández, V; Sánchez, M y Muñoz, L. (2017). Relación entre asertividad sexual y autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA en jóvenes universitarios del área de la salud. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. 8(14).
- Santos-Iglesias, P. y Sierra, J.C. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 553-577.
- Sierra, J.C., Vallejo-Medina, P y Santos-Iglesias, P. (2011). Propiedades psicométricas de la versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS). *Anales de Psicología*, 27(1): 17-26
- Sierra, J; Santos, P; Gutiérrez, J; Gómez; P y Maeso, M. (2008). Un Estudio Psicométrico del Hurlbert Index of Sexual Assertiveness en Mujeres Hispanas. *Terapia psicológica*. 26(1), 117- 123.

Santos-Iglesias, Pablo, Vallejo-Medina, Pablo, & Sierra, Juan C.. (2014). Equivalence and standard scores of the Hurlbert Index of Sexual Assertiveness across Spanish men and women. *Anales de Psicología*, 30(1), 232-237.

Uribe Alvarado, J. I., Bahamón, M. J., Ruíz, L. R., Herrera, A. M. T., & Alarcón-Vásquez, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, assertividade sexual e uso do preservativo em jovens Colombianos. *Acta Colombiana de Psicologia*, 20(1), 212–220. <https://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.1.10>

Uribe, S.F., y Orcasita, L.T. (2011). Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidades y autoeficacia frente al VIH/SIDA en profesionales de la salud. *Avances en enfermería*, 2 (XXIX), 271-284.

Apéndices

Apéndice A

Cédula de Datos Sociodemográficos

Instrucciones: Lee detenidamente las opciones y marca la que corresponda a los datos solicitados, escribiendo en las líneas la información complementaria en caso de aplicar.

- 1) Edad: _____ años
- 2) Sexo: a) hombre b) mujer
- 3) Ocupación:

a) Estudia	b) Trabaja	c) Estudia y Trabaja
------------	------------	-------------------------

- 4) Edad de inicio de vida sexual: _____
- 5) Número de parejas sexuales a la fecha: _____
- 6) ¿Te identificas como parte de una comunidad indígena?
Si _____ No _____

Apéndice B

Escala de Autoeficacia para Uso de Condón

Esta escala está diseñada para evaluar algunos aspectos en relación con el uso de condón. No es una prueba, por lo tanto, no existen respuestas correctas o incorrectas. Por favor responda a cada afirmación de forma honesta y precisa, seleccionando un número de los que siguen.

- 1 = Totalmente de acuerdo
- 2 = En desacuerdo
- 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 = De acuerdo
- 5 = Totalmente de acuerdo

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Puedo decir que no al sexo con una nueva pareja si no tengo un condón, aun si deseo tener una relación.	1	2	3	4	5
2. Puedo evitar situaciones que puedan llevar al sexo no seguro (tener dos o más parejas sexuales, prostitución, influjo del alcohol u otras drogas) cuando no tengo un condón.	1	2	3	4	5
3. Puedo decir que no al sexo si mi pareja y yo no tenemos un condón, aun si no	1	2	3	4	5

hemos usado uno en el pasado.					
4. Puedo evitar drogarme o ponerme borracho(a) cuando sé que voy a tener sexo, por la probabilidad de no darme cuenta si utilizo o no el condón.	1	2	3	4	5
5. Puedo hablar con mi pareja sobre usar un condón antes de ponerme muy “elevado” (cachondo(a), excitado(a)).	1	2	3	4	5
6. Siempre puedo usar un condón, aun si me encontrara en la situación de pagar para tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
7. Puedo hablar con cada pareja sobre la importancia de usar condones, inclusive con aquellos con quienes he tenido sexo anteriormente.	1	2	3	4	5
8. Siempre llevo un condón conmigo cuando salgo, por si lo necesito	1	2	3	4	5
9. Puedo hablar con cada nueva pareja sobre la importancia de usar condón.	1	2	3	4	5
10. Puedo encontrar otra actividad placentera (masturbación mutua) cuando un condón no está disponible	1	2	3	4	5
11. Puedo interrumpir la relación sexual antes de la penetración para usar un condón, aun si estoy muy excitado (a) o cachondo (a).	1	2	3	4	5
12. Siempre tengo condones en la casa,	1	2	3	4	5

por si acaso los necesitara.					
13. Cuando tengo sexo con condón y después de eyacular (venirse) puedo salirme (o que mi pareja se salga) mientras el pene aún tiene erección.	1	2	3	4	5
14. Puedo usar un condón con mi pareja aun si la habitación está oscura.	1	2	3	4	5
15. Puedo usar un condón sin perder la erección o que mi pareja la pierda.	1	2	3	4	5
16. Puedo ser el que se ponga el condón, aun si estoy con una nueva pareja sexual y estoy nervioso(a).	1	2	3	4	5
17. Puedo ponerme un condón (yo mismo o mi pareja) de forma que no se salga o rompa (sé colocarlo correctamente).	1	2	3	4	5
18. Puedo hacer que cualquier pareja con quien he tenido sexo antes use un condón, aun si no quiere.	1	2	3	4	5
19. Puedo hacer que mi pareja o mis parejas usemos un condón, aun si no lo hemos usado en el pasado.	1	2	3	4	5
20. Puedo hacer que mi pareja o mis parejas usen un condón, aun si no quieren (o puedo utilizarlo aun si no quiero).	1	2	3	4	5
21. Puedo hacer que el sexo sea divertido usando un condón con una nueva pareja.	1	2	3	4	5
22. Puedo hacer que el sexo sea divertido	1	2	3	4	5

usando un condón con una pareja, aun si no lo hemos usado en el pasado.					
23. Puedo ponerme un condón (yo mismo(a) o mi pareja) y disfrutar la experiencia.	1	2	3	4	5
24. Puedo ponerme el condón sin arruinar el momento o mi excitación.	1	2	3	4	5
25. Puedo hacer que una nueva pareja use un condón, aun si estoy bajo la influencia de alcohol u otra sustancia.	1	2	3	4	5
26. Puedo hacer que una pareja con quien no he usado condón antes use uno, aun si estoy bajo la influencia de alcohol u otra sustancia.	1	2	3	4	5

Apéndice C

Índice de Hulbert de Asertividad Sexual

Esta escala está diseñada para evaluar algunos aspectos de las relaciones sexuales con su pareja. No es una prueba, por lo tanto, no existen respuestas correctas o incorrectas. Por favor responda a cada afirmación de forma honesta y precisa, seleccionando un número de los que siguen.

0 = Nunca

1 = A veces (en un 25% de las ocasiones, aproximadamente)

2 = La mitad de las veces (en un 50% de las ocasiones, aproximadamente)

3 = Casi siempre (en un 75% de las ocasiones, aproximadamente)

4 = Siempre

	Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre
1. Inicio las relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo	0	1	2	3	4
2. Le indicé a mi pareja que me toque mis partes íntimas cuando así lo deseo.	0	1	2	3	4
3. En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero a que me toque mis partes íntimas.	0	1	2	3	4
4. En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero que acaricie mi cuerpo.	0	1	2	3	4
5. Le indicé a mi pareja que me estimule mis partes íntimas con su boca cuando así lo deseo.	0	1	2	3	4
6. Espero que mi pareja inicie el acercamiento sexual,	0	1	2	3	4

como por ejemplo acariciar mi cuerpo.					
7. Si mi pareja me presiona, cedo y le besó, incluso si ya le he dicho que no.	0	1	2	3	4
8. Si mi pareja lo desea, estímulo sus partes íntimas con mi boca, incluso cuando no me apetece.	0	1	2	3	4
9. Me niego a dejar que mi pareja acaricie mi cuerpo. Si no lo deseo, incluso cuando insiste.	0	1	2	3	4
10. Tengo relaciones sexuales cuando mi pareja lo desea, incluso cuando no me apetece.	0	1	2	3	4
11. Si he dicho que no, no dejo que mi pareja me toque mis partes íntimas, aunque me presione.	0	1	2	3	4
12. Me niego a tener sexo si no me apetece, incluso si mi pareja insiste.	0	1	2	3	4
Si mi pareja no le gusta usarlos, tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de látex, incluso, aunque yo prefiero utilizarlos.	0	1	2	3	4
13. Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin utilizar condón o barrera de látex, incluso aunque yo no quiero.	0	1	2	3	4
14. Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja, me aseguro de utilizar condón o barrera de látex.	0	1	2	3	4
15. Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón o barreras de látex	0	1	2	3	4
16. Insisto en usar condón o barrera de látex cuando quiero, incluso, aunque mi pareja prefiera no usarlos.	0	1	2	3	4
17. Me niego a tener relaciones sexuales cuando mi pareja no quiere utilizar condón o barrera de látex.	0	1	2	3	4

Apéndice D



Consentimiento Informado
CARTA DE CONSENTIMIENTO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Título de proyecto: Autoeficacia de uso de condón y asertividad sexual para prevención de VIH/sida en adolescentes y jóvenes de comunidad indígena

Investigador Responsable: E.E. Jorge Enrique Balché Chuc

Director de Tesis: Dra. María Aracely Márquez Vega

Introducción/Objetivo del estudio:

Estamos interesados en conocer los hábitos sobre la conducta sexual en lo jóvenes de una comunidad indígena del estado de Campeche. Por tal motivo se le invita a usted a participar en este estudio que forma parte de la tesis de maestría del E. E. Jorge Enrique Balché Chuc. Si decide participar deberá responder a unos cuestionarios relacionados con la autoeficacia para uso del condón y asertividad sexual (se refiere a su capacidad para iniciar actividad sexual, rechazar actividad sexual no deseada y el uso del condón con su pareja sexual).

El estudio “Autoeficacia de uso de condón y asertividad sexual para prevención de vih/sida en jóvenes de comunidad indígena” se está realizando en este plantel escolar en jóvenes que mayores de 18 años que se encuentren matriculados, asistiendo actualmente de manera presencial a clases y aceptar contestar los instrumentos para conocer la relación entre la autoeficacia de uso de condón con la asertividad sexual. Su

participación y los resultados obtenidos son para fines de obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería.

Descripción del Estudio/Procedimientos:

En el presente estudio se aplicará una cédula de datos personales y dos cuestionarios para identificar la conducta sexual segura de los jóvenes. Una vez que autorices tu participación, serás citado en un aula del Bachillerato, para contestar los cuestionarios, y de ser necesario realices preguntas a la responsable de la investigación. Al final, los cuestionarios se guardarán en un sobre y sólo serán empleados por el investigador principal para capturar la información.

El Centro de Bachillerato Tecnológico Agropecuario autorizó realizar el estudio. Se invitará a todas los jóvenes que mayores de 18 años, matriculados en el plantel educativo y que deseen participar.

Riesgos e inquietudes: Participar en este estudio no representa ningún riesgo para tu bienestar físico y emocional. En caso de sentirte incómodo al contestar las preguntas, puedes dejar de participar o continuar en otro momento.

Beneficios esperados: Con la información obtenida se plantearán propuestas educativas para reducir riesgos a infecciones de transmisión sexual y embarazos a temprana edad en adolescentes de la comunidad.

Costos: Participar en el estudio, no implica ningún costo para ti.

Preguntas: En caso de preguntas adicionales sobre la investigación, puedo llamar a la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, ubicada en la Subdirección de Posgrado al teléfono 83 48 18 47, en Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León.

La información que Usted proporcione será anónima, los resultados pueden ser publicados en revistas Científicas, pero se realizará de manera grupal, Su nombre ni datos de identificación aparecerán en estos.

Consentimiento: Acepto de manera libre y voluntaria participar con información para los fines de este estudio. He leído este formato y todas mis preguntas han sido aclaradas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no renuncio a mis derechos y puedo cancelar mi participación cuando así lo considere.

Nombre y firma Nombre y firma testigo Nombre y firma testigo

E.E. Jorge Enrique Balché Chuc San Fco, de Campeche, Campeche
a _____ de _____ de 2022
Estudiante de MCE

Apéndice E



Asentimiento Informado
CARTA DE ASENTIMIENTO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Título de proyecto: Autoeficacia de uso de condón y asertividad sexual para prevención de VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes de comunidad indígena

Investigador Responsable: E.E. Jorge Enrique Balché Chuc

Director de Tesis: Dra. María Aracely Márquez Vega

Mi nombre es Jorge Enrique Balché Chuc soy estudiante de la Facultad de Enfermería de la UANL.

Actualmente se está realizando un estudio para conocer los hábitos sobre la conducta sexual en lo adolescentes de una comunidad indígena del estado de Campeche y para ello queremos pedirte que participes.

Tu participación en el estudio consistiría en: una vez que autorices tu participación, serás citado en un aula del Bachillerato, para contestar los cuestionarios, y de ser necesario realices preguntas al responsable de la investigación. Al final, los cuestionarios se guardarán en un sobre y sólo serán empleados por el investigador principal para capturar la información.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aún cuando alguno de tus padres haya dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en

un momento del estudio ya no quieres continuar, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema, y será tu decisión continuar o no en el estudio.

Toda la información que nos proporcionen y/o mediciones que se realicen nos ayudarán a plantear propuestas educativas para reducir riesgos a infecciones de transmisión sexual y embarazos a temprana edad en adolescentes de la comunidad.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas y/o resultados de mediciones, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (X) en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tus iniciales.

Si no quieres participar, no pongas ninguna (X), ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: a _____ de _____ de ____.

Apéndice D



Consentimiento Informado para padres
CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA PADRES
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Título de proyecto: Autoeficacia de uso de condón y asertividad sexual para prevención de VIH/sida en adolescentes y jóvenes de comunidad indígena

Investigador Responsable: E.E. Jorge Enrique Balché Chuc

Director de Tesis: Dra. María Aracely Márquez Vega

Introducción/Objetivo del estudio:

Estamos interesados en conocer los hábitos sobre la conducta sexual en lo jóvenes de una comunidad indígena del estado de Campeche. Por tal motivo se le invita a usted a participar en este estudio que forma parte de la tesis de maestría del E. E. Jorge Enrique Balché Chuc. Si decide participar deberá responder a unos cuestionarios relacionados con la autoeficacia para uso del condón y asertividad sexual (se refiere a su capacidad para iniciar actividad sexual, rechazar actividad sexual no deseada y el uso del condón con su pareja sexual).

El estudio “Autoeficacia de uso de condón y asertividad sexual para prevención de vih/sida en jóvenes de comunidad indígena” se está realizando en este plantel escolar en jóvenes que mayores de 18 años que se encuentren matriculados, asistiendo actualmente de manera presencial a clases y aceptar contestar los instrumentos para conocer la relación entre la autoeficacia de uso de condón con la asertividad sexual. Su participación y los resultados obtenidos son para fines de obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería.

Descripción del Estudio/Procedimientos:

En el presente estudio se aplicará una cédula de datos personales y dos cuestionarios para identificar la conducta sexual segura de los jóvenes. Una vez que autorices tu participación, serás citado en un aula del Bachillerato, para contestar los cuestionarios, y de ser necesario realices preguntas a la responsable de la investigación. Al final, los cuestionarios se guardarán en un sobre y sólo serán empleados por el investigador principal para capturar la información.

Riesgos e inquietudes: Participar en este estudio no representa ningún riesgo para tu bienestar físico y emocional. En caso de sentirte incómodo al contestar las preguntas, puedes dejar de participar o continuar en otro momento.

Beneficios esperados: Con la información obtenida se plantearán propuestas educativas para reducir riesgos a infecciones de transmisión sexual y embarazos a temprana edad en adolescentes de la comunidad.

Costos: Participar en el estudio, no implica ningún costo para su hijo (a).

Preguntas: En caso de preguntas adicionales sobre la investigación, puedo llamar a la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, ubicada en la Subdirección de Posgrado al teléfono 83 48 18 47, en Avenida

Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León.

La información que Usted proporcione será anónima, los resultados pueden ser publicados en revistas Científicas, pero se realizará de manera grupal, Su nombre ni datos de identificación aparecerán en estos.

Consentimiento: Acepto de manera libre y voluntaria otorgar el permiso para participar con información para los fines de este estudio. He leído este formato y todas mis preguntas han sido aclaradas.

Nombre y firma Relación con el participante Nombre y firma testigo

San Fco, de Campeche, Campeche

a _____ de _____ de 2022

Resumen Autobiográfico

Jorge Enrique Balché Chuc

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: AUTOEFICACIA DE USO DE CONDÓN Y ASERTIVIDAD SEXUAL PARA PREVENCIÓN DE VIH/SIDA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES DE COMUNIDAD INDÍGENA

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de VIH/SIDA

Biografía: Nacido en la ciudad de San Francisco de Campeche, Campeche el 16 de julio de 1991; hijo de la Sra. Carmen Yolanda Chuc Paredes y el Sr. Jorge Enrique Balché Calán.

Educación: Egresado de la Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Campeche, en el año 2014, egresado de la Especialidad en Cuidados Intensivos en el año 2019. Becario del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León, durante el período 2021-2023.

Experiencia profesional: Pasante de Servicio Social en el Hospital General de Especialidades “Dr. Javier Buenfil Osorio” de julio de 2014 a julio de 2015 y como Enfermero en la misma institución de julio de 2015 a diciembre 2019, como Enfermero General en el Hospital General de Zona No.1 “Dr. Abraham Azar Farah” desde marzo de 2020 a la fecha.

Correo electrónico: jorge16bal@gmail.com