

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



UANL

PERCEPCIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL, AUTOEFICACIA Y SEXO  
SEGURO DEL ADOLESCENTE

Por

LIC. ISRAEL GUADALUPE GARCÍA ALANÍS

Como requisito para obtener el grado de

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

SEPTIEMBRE, 2025

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



UANL

PERCEPCIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL, AUTOEFICACIA Y SEXO  
SEGURO DEL ADOLESCENTE

Por

LIC. ISRAEL GUADALUPE GARCÍA ALANÍS

Director de Tesis

DRA. MARÍA ARACELY MÁRQUEZ VEGA

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

SEPTIEMBRE, 2025

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



UANL

PERCEPCIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL, AUTOEFICACIA Y SEXO  
SEGURO DEL ADOLESCENTE

Por

LIC. ISRAEL GUADALUPE GARCÍA ALANÍS

Asesor Estadístico

DR. ESTEBAN PICAZZO PALENCIA

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

SEPTIEMBRE, 2025



UANL

PERCEPCIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL, AUTOEFICACIA Y SEXO  
SEGURO DEL ADOLESCENTE

Por  
Lic. Israel Guadalupe García Alanís

Aprobación de Tesis

---

Dra. María Aracely Márquez Vega  
Director de Tesis

---

Dra. María Aracely Márquez Vega  
Presidente

---

Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez  
Secretario

---

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD  
Vocal

---

Dra. María Magdalena Alonso Castillo  
Subdirector de Posgrado e Investigación



UANL

PERCEPCIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL, AUTOEFICACIA Y SEXO  
SEGURO DEL ADOLESCENTE

Este trabajo fue realizado en la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, bajo la Dirección de la Dra. María Aracely Márquez Vega en el periodo de agosto 2023 a junio del 2025.

---

Director

## **Agradecimientos**

Agradezco a la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por la oportunidad de cursar el Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería a la directora la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis y a la subdirectora del programa de posgrado la Dra. María Magdalena Alonso Castillo; por todo el apoyo el poder haberme permitido crecer profesionalmente a través de la adquisición de conocimientos nuevos los cuales fueron reforzándose y contribución en mi formación profesional.

A la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI), por otorgarme la beca nacional de posgrado.

Un agradecimiento muy especial a la Dra. María Aracely Márquez Vega por ser mi directora de tesis en el Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería, le agradezco por todo su asesoramiento, orientación, apoyo y por formar parte de mi crecimiento profesional y personal.

Agradezco a mi comité académico de tesis, a la Dra. Raquel Alicia Benavides Torres y la Dra. Rosalva del Carmen Barbosa Martínez por el apoyo otorgado y asesoramiento en cada uno de los seminarios, por su paciencia y confianza en mi persona.

Al Dr. Vicente Jiménez Vázquez por su asesoramiento y recibimiento cuando realice mi estancia académica en la Universidad Autónoma de Chihuahua. Ha sido un gran apoyo en el enriquecimiento de mi tesis aportándome conocimiento y mejoras en este proyecto.

## **Dedicatoria**

Con todo mi amor y gratitud, dedico este logro a mis padres, el Sr. José Andrés García Garza y la Sra. Guillermina Alanís Rodríguez, por ser mi guía, mi fuerza y mi refugio en los momentos más difíciles. Gracias por enseñarme, que por más abajo que este uno siempre hay una salida; que la vida se enfrenta con valentía, trabajo duro y fe. Su amor incondicional, su apoyo constante y su incansable lucha son el cimiento sobre el cual he construido este camino.

A mi hermano, Jesús Enrique García Alanís, gracias por tu paciencia, tu comprensión y por estar siempre dispuesto a levantarme cuando sentía que no podía más. Valoro profundamente cada palabra y gesta de amor a tu manera. A mi mejor amiga Lic. Jacqueline García Bernal y a su familia por siempre apoyarme, levantarme el ánimo y sobre todo creer en mí, quien creería que el niño que se salía corriendo de la primaria llegaría tan lejos.

A mis compañeros y amigos del trabajo, quienes me brindaron su apoyo y crecimiento en mi incluso cuando yo dudaba. A mi “Amix” Lic. Kimberly Martínez Sánchez por siempre apoyarme en los buenos y malos momentos, por alentarme en los días más difíciles, apoyarme en mi proyecto y porque siempre creyó en mí. Gracias por ser esa chispa, mi compañera de café y desayuno. Y a pesar de que no pudimos culminar juntos esta etapa siempre estaré agradecido con dios por haberte puesto en mi camino.

A la Lic. María del Carmen González Nieto, a la Dra. Victoria Guevara Soria y a la Lic. Carmen Laura Hernández Mexicano por apoyarme en todo momento para poder seguir creciendo profesional y académicamente. A Dios, fuente inagotable de sabiduría y amor, quien con su luz ha iluminado cada paso de este camino y me ha sostenido en los momentos de duda. Y sobre todo y el más importante a mí mismo, por no darme por vencido aun cuando el cansancio y el miedo golpeaban con fuerza.

## Índice

| Contenido  | Página |
|--|--------|
| Hoja de Aprobación de Tesis                              | i      |
| Hoja de Declaración de Lugar Donde se Realizó el Estudio | ii     |
| Agradecimientos  | Iii    |
| Dedicatoria  | iv     |
| Lista de Abreviaturas                                    | vii    |
| Lista de Tablas  | ix     |
| Lista de Figuras   | x      |
| Resumen  | xi     |
| Abstract   | xii    |
| Introducción   | 1      |
| Antecedentes y Marco Conceptual                          | 2      |
| Estudios Relacionados                                    | 2      |
| Síntesis de Estudios Relacionados                        | 8      |
| Marco Conceptual   | 9      |
| Definición de Términos                                   | 13     |
| Justificación de Estudio                                 | 15     |
| Objetivos  | 17     |
| Hipótesis  | 17     |
| Materiales y Métodos                                     | 18     |
| Diseño de Estudio  | 18     |
| Población, Muestra y Muestreo                            | 18     |
| Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación          | 18     |
| Instrumentos de Medición                                 | 19     |
| Consideraciones Éticas                                   | 22     |
| Plan de Análisis de Datos                                | 23     |
| Resultados   | 26     |
| Discusión  | 41     |
| Conclusiones   | 49     |
| Recomendaciones  | 49     |

## Índice

| Contenido   | Página |
|---|--------|
| Limitaciones  | 50     |
| Referencias Bibliográficas                                      | 52     |
| Anexos  | 60     |
| 1 cédula de datos sociodemográficos                             | 61     |
| 2 profesionalidad de los docentes en educación sobre sexualidad | 62     |
| 3 escala de autoeficacia para la prevención del sida            | 64     |
| 4 cuestionario de conductas de sexo seguro                      | 66     |
| 5 oficio de autorización  | 68     |
| 6 consentimiento informado para padres                          | 69     |
| 7 carta de asentimiento informado                               | 72     |
| 8 tríptico prácticas sexuales seguras                           | 74     |
| 9 reporte de prueba piloto                                      | 75     |

## Lista de Abreviaturas

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>%</b>             | Porcentaje  |
| <b>A</b>             | Alpha de Cronbach                                 |
| <b>AAP</b>           | Académica Americana de Pediatría                  |
| <b>B</b>             | Beta  |
| <b>CDP</b>           | Cédula de Datos Personales                        |
| <b>D<sup>a</sup></b> | Prueba de Normalidad                              |
| <b>DE</b>            | Desviación Estándar                               |
| <b>F</b>             | Frecuencia  |
| <b>gTt-VIH</b>       | Grupo de Trabajo sobre Tratamiento del VIH        |
| <b>H1</b>            | Hipótesis 1                                       |
| <b>H2</b>            | Hipótesis 2                                       |
| <b>H3</b>            | Hipótesis 3                                       |
| <b>H4</b>            | Hipótesis 4                                       |
| <b>IC</b>            | Intervalo de Confianza                            |
| <b>ITS</b>           | Infecciones de Transmisión Sexual                 |
| <b>K-S</b>           | Kolmogórov-Smirnov                                |
| <b>μ</b>             | Media   |
| <b>N</b>             | Muestra   |
| <b>R</b>             | r de Pearson                                      |
| <b>r<sup>2</sup></b> | Porcentaje de Varianza de la Variable Dependiente |
| <b>RM</b>            | Riesgo Relativo                                   |
| <b>r<sub>s</sub></b> | Correlación de Spearman                           |
| <b>SEP</b>           | Secretaría de Educación Pública                   |

## Lista de Abreviaturas

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>SEPT</b>             | Profesionalidad de los Docentes en Educación sobre Sexualidad |
| <b>SSA</b>              | Secretaria de Salud   |
| <b><i>T</i></b>         | T de Student  |
| <b><i>U</i></b>         | U de Mann-Whitney   |
| <b>UNFPA</b>            | Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas                   |
| <b>VIH</b>              | Virus de Inmunodeficiencia Humana                             |
| <b>VPH</b>              | Virus del Papiloma Humano                                     |
| <b><math>X^2</math></b> | Chi-Cuadrada  |

## Lista de Tablas

| Número | Título  | Página |
|--------|---|--------|
| 1      | Consistencia interna de los instrumentos  | 26     |
| 2      | Prueba de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors   | 27     |
| 3      | Percepción de la educación sexual impartida por sus maestros  | 28     |
| 4      | Escala de Autoeficacia para la Prevención del Sida  | 29     |
| 5      | Escala de conductas sexuales seguras  | 32     |
| 6      | Características sociodemográficas   | 35     |
| 7      | Percepción de la educación sexual de los adolescentes   | 35     |
| 8      | Autoeficacia de los adolescentes en relación con el sexo seguro   | 36     |
| 9      | Prácticas de sexo seguro de los adolescentes  | 36     |
| 10     | Prueba U de Mann-Whitney para sexo y percepción de la educación sexual  | 37     |
| 11     | Prueba U de Mann-Whitney para sexo y autoeficacia para el sexo seguro   | 38     |
| 12     | Prueba U de Mann-Whitney para sexo y prácticas sexuales seguras   | 38     |
| 13     | $r_s$ de Spearman de correlación de las variables   | 39     |
| 14     | Análisis de la Influencia de la Percepción de la educación sexual y la autoeficacia en las prácticas de sexo seguro de los adolescentes | 40     |

## Lista de Figuras

| Figura | Título   | Página |
|--------|--|--------|
| 1      | Estructura conceptual-teórica-empírica                   | 12     |
| 2      | Relación percepción-autoeficacia-conductas sexual segura | 13     |

## Resumen

Israel Guadalupe García Alanís

Título del Estudio: PERCEPCIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL, AUTOEFICACIA Y SEXO SEGURO DEL ADOLESCENTE

**Introducción:** A nivel mundial, los adolescentes inician su vida sexual antes de los 20 años, la mayoría sin protección contra ITS o VIH. En México, el inicio ocurre entre los 15 y 19 años, aunque el 97% conoce métodos anticonceptivos, más de la mitad no los usa en su primera relación. Por ello, los jóvenes son prioridad global en salud. **Objetivo:** Identificar cómo la percepción de la educación sexual y la autoeficacia para el sexo seguro influyen en el sexo seguro de los adolescentes. **Materiales y Métodos:** El diseño del estudio fue descriptivo, correlacional y de corte transversal, con muestreo aleatorio estratificado y una muestra fue de 315 adolescentes. Se utilizó una cédula de datos y tres instrumentos con alta confiabilidad ( $\alpha = .85, .91$  y  $.79$ ) para evaluar la profesionalidad docente, la autoeficacia en prevención del sida y las conductas sexuales seguras. **Resultados:** Se registró que el 8.6% inició su vida sexual a los 14 años. La percepción de los adolescentes sobre la educación sexual se encontró que los hombres presentaron una media de 28.93 ( $DE = 4.55$ ). En base a la existencia entre la percepción de la educación sexual de acuerdo con el sexo del adolescente, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa ( $U = 9350.50, p = .053$ ). Por último, se encontró una correlación significativa entre la percepción de la educación sexual y la autoeficacia para el sexo seguro ( $r_s = .152, p = .007$ ). **Conclusiones:** El estudio resalta que la educación sexual influye positivamente en la autoeficacia y en las prácticas sexuales seguras de los adolescentes, aunque aún existen barreras en su percepción y aplicación.

## Abstract

Israel Guadalupe García Alanís

Study Title: PERCEPTION OF SEXUAL EDUCATION, SELF-EFFICACY FOR SAFE SEX, AND SAFE SEX IN ADOLESCENTS

**Introduction:** Worldwide, adolescents begin their sexual lives before the age of 20, most without protection against STIs or HIV. In Mexico, initiation occurs between the ages of 15 and 19. Although 97% are familiar with contraceptive methods, more than half do not use them in their first sexual relationship. Therefore, young people are a global health priority. **Objective:** To identify how perceptions of sexual education and self-efficacy for safe sex influence adolescent's safe behaviors. **Materials and Methods:** The study design was descriptive, correlational, and cross-sectional, with stratified random sampling. The sample consisted of 315 adolescents. A data sheet and three instruments with high reliability ( $\alpha = .85, .91, \text{ and } .79$ ) were used to evaluate teacher professionalism, self-efficacy in AIDS prevention, and safe sexual behaviors. **Result:** It was recorded that 8.6% of adolescents began their sexual life at age 14. Adolescents' perception of sex education was found to have a mean of 28.93 (SD = 4.55) among males. Based on the existence of differences in the perception of sex education based on the adolescent's sex, no statistically significant difference was found ( $U = 9350.50, p = .053$ ). Finally, a significant correlation was found between the perception of sex education and self-efficacy for safe sex ( $r_s = .152, p = .007$ ). **Conclusions:** The study highlights that sex education positively influences self-efficacy and safe sexual practices among adolescents, although barriers remain in its perception and application.

## **Introducción**

A nivel mundial, los adolescentes inician vida sexual activa antes de cumplir los 20 años, y la mayoría no utiliza ninguna protección para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el virus de inmunodeficiencia humana (VIH); por lo cual, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (NCPSS, 2019), considera que los jóvenes son prioridad a nivel mundial. De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés, 2023), el inicio de la vida sexual de los jóvenes en México se reporta entre los 15 y los 19 años, de los cuales el 97% conoce al menos un método anticonceptivo; sin embargo, más de la mitad no utilizó ningún método anticonceptivo al momento de tener su primera relación sexual.

Al considerar la educación sexual en México, el papel que la profesión de enfermería debería desempeñar, con mayor enfoque, sería la prevención de las ITS y el VIH/sida mediante estrategias en las cuales se contemple información adecuada y precisa sobre medidas para alcanzar una salud sexual saludable y responsable, con énfasis en los adolescentes. Además, deberían tomarse en cuenta cambios de la sociedad, ya que es de vital importancia para la profesión de enfermería conocer la autoeficacia de los adolescentes a través de las habilidades, creencias y conocimientos adquiridos previos al sexo seguro, así como su relación con la percepción de la educación sexual que les imparten los docentes para enseñar y proporcionar conocimientos adecuados sobre el tema de la educación sexual.

Por lo anterior, el propósito del presente estudio es identificar la relación entre la percepción de la educación sexual, autoeficacia para el sexo seguro y el sexo seguro del adolescente.

## **Antecedentes y Marco Conceptual**

En los países de Latinoamérica se encuentra un alto porcentaje de la población joven que mantiene relaciones sexuales a una edad cada vez más temprana. Los tabúes, barreras culturales, barreras de género y las vías de comunicación utilizadas por los adolescentes no permiten que estos adquieran la información adecuada sobre la sexualidad y la salud reproductiva. Además, son pocos los que practican conductas sexuales seguras, por lo cual resulta en ITS (Campos et al., 2018, como se citó en Labañino et al., 2022).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) se reportaron 474 millones de ITS, las cuales fueron registradas al principio del año pasado, y se distribuyen de la siguiente manera: 129 millones de infecciones por clamidiasis, 82 millones por gonorrea, 7.1 millones por sífilis, 156 millones por tricomoniasis, 490 millones por herpes genital, 500 millones por Virus del Papiloma Humano (VPH) y cerca de 296 millones de hepatitis B. Por último, se reportó que más de 45.7 millones de personas habían adquirido VIH a finales del 2022. Las ITS en México se encuentran entre las 10 primeras causas de morbilidad en los adolescentes. Para el 2023, los casos de ITS obtuvieron un aumento en el país, donde se reportaron 118,770 casos de candidiasis, 20,121 casos de tricomoniasis, 16,411 casos de VIH, 9,407 casos de herpes genital y 18,288 casos de sífilis (Secretaría de Salud, 2025).

## **Estudios relacionados**

En este apartado se presentan los estudios de investigación relacionados con las variables de interés las cuales son percepción de la educación sexual, autoeficacia para el sexo seguro y sexo seguro del adolescente.

### ***Percepción de la educación sexual***

Agurto et al. (2024) describieron la percepción respecto a la educación sexual de adolescentes de dos establecimientos educacionales de Talcahuano, Chile. La muestra fue de 690 estudiantes de 12 a 19 años. Encontraron que el 61.8% señaló recibir educación sexual en su establecimiento y el 97.4% consideró necesario aprender sobre ello. El 10.7% calificó suficiente, mientras que el 39.8% la consideró aceptable. En cuanto a temas de educación sexual, el 80.6% mencionó que se debe incluir temas de valores, respeto y ética; el 79.6%, anticonceptivos y prevención de ITS; y el 73.8%,

amor y afectividad. En cuanto a si sus profesores de diferentes asignaturas incluían temas de sexualidad, ITS y embarazos, el 58.3% respondió que a veces, seguido de “nunca” con un 28.8%.

Siva et al. (2021) evaluaron el conocimiento actual de los adolescentes escolares sobre salud reproductiva y su asociación con su perfil sociodemográfico, y determinaron su comportamiento y comprensión de la educación sexual escolar. La muestra fue 346 estudiantes de 9° y 12° grado. Entre sus resultados se encontró que los hombres tuvieron una percepción del 16.2% en conocer educación sexual para prevenir el sida. Las mujeres tuvieron un 11.75% para la prevención de ITS, en comparación con los hombres, que tuvieron el 2.7%, lo cual fue significativo ( $p=0.000$ ). El 28% de las mujeres tenía una mejor percepción de la educación sexual al saber de qué se trataba de educación sexual en comparación con los hombres, que tuvieron un 14.6% lo cual también fue significativo ( $p=0.000$ ).

Castillo et al. (2019) examinaron cómo el diseño de los programas de educación sexual se alinea con las expectativas de los estudiantes y las percepciones de sus profesores sobre la educación sexual que reciben en la escuela. La muestra fue de 702 adolescentes de 11 a 19 años de Ecuador. Los resultados mostraron que las adolescentes estaban más satisfechas con la educación sexual que recibieron (1.83%) en comparación con los hombres (1.37%). Además, los adolescentes de zonas urbanas (0.23%) y rurales (0.32%) mostraron niveles de satisfacción inferior en comparación con los hombres de zonas urbano (0.37%) y rurales (0.57%).

Castillo et al. (2018) exploraron las necesidades de los adolescentes de educación sexual con enfoque integral en el sistema educativo y sus percepciones respecto al desempeño de sus docentes. La muestra fue de 780 adolescentes de 10 a 19 años de Ecuador. Los resultados encontrados fueron que el porcentaje más alto de adolescentes expresó estar medianamente de acuerdo con el desempeño de sus docentes en educación sexual, con un 35.3% en los hombres y un 37.3% de las mujeres. Las adolescentes mujeres estuvieron 1.50 veces más de acuerdo con el desempeño de sus docentes en educación sexual en comparación con los hombres.

Gonzales et al. (2015) analizaron las características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio de la actividad sexual y uso de

anticonceptivos en adolescentes. La muestra fue de 1232 adolescentes mujeres entre 12 a 19 años. Entre sus resultados se encontró que el 92.8% de las adolescentes reportaron que recibieron información sobre sexualidad en sus colegios. En relación con la principal fuente de información sobre métodos anticonceptivos, el 52.6% reportó que el colegio. En cuanto al grado en que recibieron temas de sexualidad, el 35.8% reportó que fue en 7º, el 22.4% en 8º y el 12.9% en 6º. En cuanto a los temas, el 43% reportó que el primer tema fue sobre prevención de embarazo e infecciones de transmisión sexual, el 37.9% aspectos biológicos y reproducción, y el 9.7% afectividad.

### ***Autoeficacia para el sexo seguro***

Guerrero et al. (2022) investigaron cómo la edad, el sexo, la autoeficacia para prevenir el VIH, la resiliencia sexual, el autoconcepto y el apoyo social se relacionan entre sí. La muestra fue de 317 estudiantes de 13 a 20 años de tres ciudades venezolanas. Los resultados mostraron niveles altos de autoeficacia para la prevención del VIH ( $M=86.37\%$ ,  $DE=26.26\%$ ). Se encontró una relación significativa entre el comportamiento sexual de protección y la autoeficacia para la prevención del VIH ( $r=.506$ ,  $\beta=.300$ ,  $t=4.14$ ,  $p=.000$ ). En la evaluación de los comportamientos sexuales protegidos, la autoeficacia para la prevención del VIH se identificó como un predictor significativo ( $r=.364$ ,  $r^2=.134$ ,  $p=.000$ ).

Nwaozuru et al. (2020) examinaron cómo el apoyo social, el seguimiento de los padres y la orientación futura influyen en la autoeficacia para el sexo seguro y el conocimiento relacionado con el VIH. La muestra fue de 426 adolescentes de 13 a 19 años que asistían a escuelas secundaria en Lagos, Nigeria. La edad promedio fue de 15.02 años ( $DE=1.21$ ). El 16.62% reportó tener como mentor a profesores de colegios, vecinos y amigos mayores. Se encontró relación entre las características sociodemográficas y la autoeficacia para el sexo seguro ( $r=0.115$ ,  $p<0.05$ ). Las puntuaciones en autoeficacia para el sexo seguro variaron de 4 a 60, con una media de 42.14 ( $DE=11.38$ ). También se encontró que la autoeficacia para el sexo seguro se relacionó con el conocimiento sobre el VIH ( $p<0.001$ ).

Caudillo et al. (2019) analizaron cómo la autoeficacia en el uso del condón puede influir en la incidencia del embarazo adolescente en una institución pública en Guanajuato. La muestra consistió en 161 estudiantes de 12 a 15 años. Los resultaron

mostraron que el 26% de las mujeres no tienen la confianza para hablar de sexo con sus parejas, en comparación con el 24.6% de los hombres. El 47.9% de las mujeres reportaron sentirse obligadas a tener relaciones sexuales, en comparación con el 18.3% de los hombres. En cuanto al uso del condón, el 39.6% de las mujeres y el 41.5% de los hombres indicaron usar el preservativo con su pareja durante las relaciones sexuales. El 46.2% de los hombres comunicaron a su pareja la importancia del uso del condón.

Guerra et al. (2019) identificaron el tipo de vida sexual, la autoeficacia y actitud que tienen los adolescentes sobre las conductas sexuales de riesgo. La muestra fue de 125 estudiantes matriculados en el Cetis 130 de la ciudad Valle Hermoso, Tamaulipas. Como resultados se encontró una media de edad de 17 años ( $DE=17.43$ ). En cuanto a la autoeficacia, los adolescentes mencionaron estar muy seguros de decir no cuando alguien desconocido le propone tener relaciones sexuales ( $M= 4.07, DE=1.32$ ). También se sienten muy seguros de decir que no cuando alguien los presiona a tener relaciones sexuales ( $M= 4.13, DE=1.36$ ). En cuanto a la autoeficacia para el uso del condón, los adolescentes se perciben muy seguros de usar el preservativo cada vez que tienen relaciones sexuales ( $M= 4.21, DE=1.13$ ), e insistir en su uso durante el acto sexual, incluso si su pareja prefiere no usarlo ( $M= 4.47, DE=0.97$ ).

Closson et al. (2018) analizaron los factores relacionales, conductuales y estructurales asociados con la educación hacia el sexo seguro por género. La muestra fue de 741 adolescentes de 14 a 19 años de Soweto, Sudáfrica. Reportaron una media de edad de 17 años. En cuanto a la autoeficacia sexual, las mujeres tenían más probabilidades de tener un nivel alto de educación hacia el sexo seguro en comparación con los hombres (72.3% frente 49.5%,  $\chi^2= <0.001, p<0.001$ ). En cuanto a negarse a tener relaciones sexuales cuando no lo deseaban, las mujeres se sintieron más seguras (69.5% frente 42.8%,  $\chi^2= <0.001, p<0.001$ ), al igual que al rechazar tener relaciones sexuales si su pareja no quería usar condón (56.0% frente 34.9%,  $\chi^2= <0.001, p<0.001$ ), y al comunicarse con sus parejas sobre parejas sexuales anteriores (68.8% frente 58.5%,  $\chi^2= <0.001, p<0.001$ ).

En otro estudio, Closson et al. (2018) examinaron la asociación entre la educación sobre sexo seguro y uso constante del condón por género. La muestra fue de 417 adolescentes con experiencia sexual de 14 a 19 años de Soweto, Sudáfrica. Los

resultados reportaron que los hombres tenían más probabilidad de haber tenido relaciones sexuales por primera vez antes de los 15 años (43% frente 6.7%,  $\chi^2 = <0.001$ ,  $p < 0.001$ ). No se encontró ninguna diferencia de género en el uso consistente del condón a lo largo de la vida (45.7% en hombres frente a 46.3% en mujeres,  $\chi^2 = <0.943$ ,  $p = 0.943$ ). Las mujeres tenían mayor proporción de educación sobre sexo seguro en comparación con los hombres (68.7% frente 49.5%,  $\chi^2 = <0.001$ ,  $p < 0.001$ ). En el análisis univariable para los hombres, el uso constante del condón se asoció con una alta educación sobre sexo seguro ( $OR = 2.84$ ;  $IC$  del 95%: 1.57 a 5.16). En las mujeres no se mostró una significancia estadística ( $OR = 1.74$ ,  $IC$  95%: 0.94-3.20).

Orcasita et al. (2018) establecieron relación entre autoeficacia, autoconcepto y conductas sexuales de riesgo en adolescentes. La muestra fue de 133 adolescentes de 14 a 18 años de la ciudad Cali. Los resultados mostraron una mayor autoeficacia para decir no a las relaciones sexuales ( $M = 37.73$ ,  $DE = 12.34\%$ ). Las mujeres mostraron una diferencia significativa en la autoeficacia en decir no a las relaciones sexuales ( $M = 41.2\%$ ,  $DE = 12.3\%$  frente  $M = 31.9\%$ ,  $DE = 10.3\%$ ,  $p = .000$ ), y en la autoeficacia en el uso del condón ( $M = 38.2\%$ ,  $DE = 11.1\%$  frente  $M = 34.6\%$ ,  $DE = 9.5\%$ ,  $p = .012$ ).

Estrada et al. (2017) identificaron la asociación entre conocimiento sobre riesgo de embarazo y autoeficacia para el uso de condón, con el apoyo parental y factores escolares en hombres escolarizados de nivel secundaria. La muestra fue de 448 estudiantes de sexo masculino de tercer año de secundaria de Puebla y Morelos. Los resultados muestran una media de edad de 14.43 años ( $DE = 0.63$ ). En cuanto la autoeficacia del uso del condón, dos terceras partes de los adolescentes se perciben con alta capacidad para su uso correcto (61.6%), y la mitad para hablar con la pareja sobre las formas de prevención del embarazo o alguna ITS. Menos de la mitad se siente con muy alta capacidad para rehusarse a tener relaciones sexuales sin condón (32.8%). En el análisis bivariado, fue significativo que los profesores les hayan hablado sobre sexualidad ( $p = 0.007$ ). En el análisis multivariado, el conocimiento sobre el riesgo de embarazo se asoció con que los profesores hablen frecuentemente sobre equidad de género ( $RM = 1.69$ ,  $IC$  96% A.06-2.67).

Rocha et al. (2017) determinaron el nivel de autoeficacia de los adolescentes de una institución pública de San Luis Potosí. La muestra consistió en 179 adolescentes de

14 a 17 años. Los resultados mostraron que el 76% se sienten capaces de decir no a tener relaciones sexuales con alguien que los presiona, el 75% con personas cuya historia sexual desconocen, el 74% con personas cuyo historial de drogas desconocen, y el 70% con alguien que ha bebido y/o consumido alcohol. En cuanto a la capacidad de comunicación de los adolescentes con su pareja, el 63% se siente completamente seguro de usar condón y un 60% insiste en el uso del condón durante las relaciones sexuales.

### ***Sexo seguro del adolescente***

Alvares et al. (2021) evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes respecto a la salud reproductiva, las ITS y los cambios sexuales. La muestra estuvo compuesta por 300 estudiantes de 10 a 19 años. Los resultados mostraron que el 92% de los hombres conocían el uso del condón como una práctica sexual segura, en comparación con el 43% de las mujeres. Además, el 50% de los estudiantes eran conscientes de la importancia de decir “no” al sexo. En cuanto al sexo forzado, el 5% de los estudiantes reportaron haberlo experimentado. Respecto a la educación sexual, el 40% de los estudiantes reportaron haberla recibido de sus maestros, y el 56.6% expresaron la necesidad de adquirir más conocimientos sobre salud sexual y reproductiva.

Rodrigues et al. (2021) identificaron factores asociados al conocimiento y la actitud sobre el uso del preservativo masculino en adolescentes escolares. La muestra estuvo constituida por 114 adolescentes de 14 a 19 años de una escuela secundaria pública en Fortaleza, Ceará, Brasil. Los resultados mostraron que el 63.6% tenían conocimientos suficientes sobre el sexo seguro, y el 85.5% de los adolescentes hablaban sobre sexo con sus amigos. En cuanto al inicio sexual, el 59% ya habían iniciado relaciones sexuales, y el 48.1% no usaron el condón en su primera relación sexual.

Vera y Fernández (2021) identificaron la relación entre los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva con la edad y el sexo de adolescentes escolarizados. La muestra consistió en 385 estudiantes de 12 a 19 años, con una media de edad de 14.53 ( $DE= 1.88$ ). Los resultados mostraron que el 22% de los adolescentes sabían que el VIH se transmite a través de fluidos como la sangre. En cuanto al uso del condón, el 27% reportaron que es un método eficaz para prevenir ITS. Se encontró una relación significativa entre los conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva y el sexo ( $\chi^2=$

74.57,  $p = .022$ ). Además, se encontraron correlaciones significativas entre la edad y los conocimientos de salud sexual ( $r = .277$ ,  $p = .001$ ), y salud reproductiva ( $r = .459$ ,  $p = .001$ ).

Vieira et al. (2021) identificaron la prevalencia de la iniciación sexual y la práctica de sexo seguro en adolescentes. La muestra consistió en 499 estudiantes de 12 a 17 años, con una media de edad de 16.3 años ( $DE = \pm 1.7$ ). La iniciación sexual se distribuyó en un 50.6% de mujeres y un 49.4% de hombres, con una mediana de edad de 14.1 años ( $DE = \pm 1.7$ ). En cuanto al uso del condón en su primera relación sexual, el 39.8% de los hombres y el 29.7% mujeres lo utilizaron. Respecto al uso del condón en general, los hombres mostraron una menor adherencia ( $p = 0.05$ ) en comparación con el uso del condón femenino ( $p = 0.02$ ). En términos de educación sexual, el 48.4% de los participantes reportaron haber asistido a talleres en la escuela.

Inthavong et al. (2020) describieron el conocimiento sobre el sexo seguro y las ITS en los estudiantes de secundaria de Vientián, República Democrática Popular Lao. La muestra consistió en 337 estudiantes de 14 a 20 años, con una media de edad de 16 años ( $DE = 1.09$ ). Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes usaban correctamente el condón (84.2%). En cuanto a los conocimientos sobre el sexo seguro, las mujeres tenían mayor conocimiento (44.2%) en comparación con los hombres (42.4%). El 41.5% de los hombres y el 35.7% de las mujeres identificaron que una secreción del pene o vagina era un signo de infección. En cuanto al condón, el 83.1% de los hombres eran consistente en su uso como forma de prevenir las ITS, en comparación con el 68.7% de las mujeres.

En síntesis, los estudios revisados para cada una de las variables del presente estudio muestran que los adolescentes valoran positivamente la educación sexual, aunque en muchos casos la perciben como insuficiente, poco integral o enfocada solo en aspectos biológicos. Esta percepción varía según el sexo, la zona geográfica y el nivel educativo. A pesar de ello, cuando la educación sexual se incluyen temas como afectividad, relaciones sanas, género y prevención, la autoeficacia para el sexo seguro de los adolescentes se incrementa para tomar decisiones seguras sobre su vida sexual. Sin embargo, la existencia de conocimiento o autoeficacia no siempre se traduce en prácticas sexuales seguras ya que muchos adolescentes inician su vida sexual sin protección, y el uso del condón sigue siendo bajo en la primera relación sexual.

## **Marco Conceptual**

Este estudio se basa en la teoría de la autoeficacia propuesta por Bandura (1977), la cual forma parte de la teoría del aprendizaje social. Esta teoría explica cómo las personas organizan y ejecutan acciones para alcanzar metas específicas, especialmente en situaciones nuevas o desafiantes. Ha sido ampliamente aplicada en el ámbito de la salud, particularmente en la prevención de infecciones de ITS y VIH mediante conductas sexuales seguras (Davis & Weller, 1999; O'Leary & Windood, 2000; Seal & Ehrhardt, 2004).

### ***Autoeficacia***

La autoeficacia es uno de los tres conceptos centrales de la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977), junto con las expectativas de eficacia y las expectativas de resultados (Bandura, 1995). Se refiere a la creencia en la capacidad personal para ejecutar acciones y manejar situaciones futuras con éxito. Bandura (1982) afirma que las metas personales están influenciadas por la autoeficacia percibida, lo que impacta directamente en el logro de esas metas.

La teoría ha evolucionado y considera cuatro procesos fundamentales: cognitivos, motivacionales, afectivos y selectivos, los cuales interactúan para formar la autoeficacia. Para este estudio, se enfatiza el proceso cognitivo, que define el concepto de persona y se relaciona con la toma de decisiones, el pensamiento estratégico y el establecimiento de metas (Bandura, 1987).

### ***Procesos Cognitivos***

Los procesos cognitivos se refieren a cómo las creencias sobre la propia capacidad influyen en el pensamiento y la resolución de problemas. Las personas con alta autoeficacia tienden a proponerse metas más ambiciosas y persistir en su consecución. La autoeficacia también moldea los escenarios mentales anticipados, por lo que el autoconocimiento y la reflexión son esenciales para su desarrollo (Bandura, 1987).

En este contexto, la percepción de la educación sexual desempeña un papel crucial al fortalecer o debilitar la autoeficacia en los adolescentes. Aquellos que se sienten eficaces son más propensos a afrontar retos, plantearse metas altas y persistir (Orcasita et al., 2018). No obstante, la educación sexual en adolescentes suele ser

limitada, con información poco clara, lo que genera errores y confusión (Vázquez, 2015).

Además, el enfoque educativo en las escuelas suele ser preventivo y biológico, dejando de lado aspectos emocionales y sociales. Esta carencia impide que los adolescentes aclaren dudas o compartan experiencias en un ambiente de confianza (Vázquez, 2015). La percepción de la educación sexual, por tanto, esta influenciada por la calidad de la información, su claridad, y la manera en que se relaciona con la experiencia personal.

### ***Conducta***

Bandura (1977) explica que la autoeficacia regula la conducta al enfrentar obstáculos, ya que se forma a partir de la experiencia personal más que de la observación de otros. La conducta no solo es el resultado inmediato de una acción, sino que se vincula con consecuencias anticipadas. Las personas procesan información y generan patrones de acción que les permiten lograr resultados deseados a través del tiempo.

Aplicado a la educación sexual, la autoeficacia permite predecir la intención de los adolescentes para llevar a cabo el sexo seguro. Según Bandura (1999), los hábitos saludables que perduran en el tiempo se desarrollan desde la infancia y adolescencia, por lo que es fundamental que los adolescentes adquieran destrezas para evitar infecciones como ITS y VIH. Diversos estudios han demostrado que los adolescentes con baja autoeficacia suelen evitar el uso del condón, a pesar de conocer los riesgos (Orcasita & Uribe, 2009). Esto evidencia que el conocimiento por sí solo no basta si no va acompañado de una fuerte creencia en la propia capacidad de actuar.

Asimismo, la escuela tiene un rol fundamental en este proceso, ya que los adolescentes aprenden por observación de modelos mediados por procesos cognitivos y motivacionales. Sin embargo, muchos educadores se limitan a transmitir conocimientos técnicos, sin abordar los aspectos emocionales o sociales de la sexualidad (Orcasita, 2018).

La autoeficacia influye tanto en la conducta como en el resultado de esta. Los adolescentes con alta autoeficacia son más propensos a buscar información, comunicarse sobre sexo seguro y utilizar métodos anticonceptivos de forma constante. Su

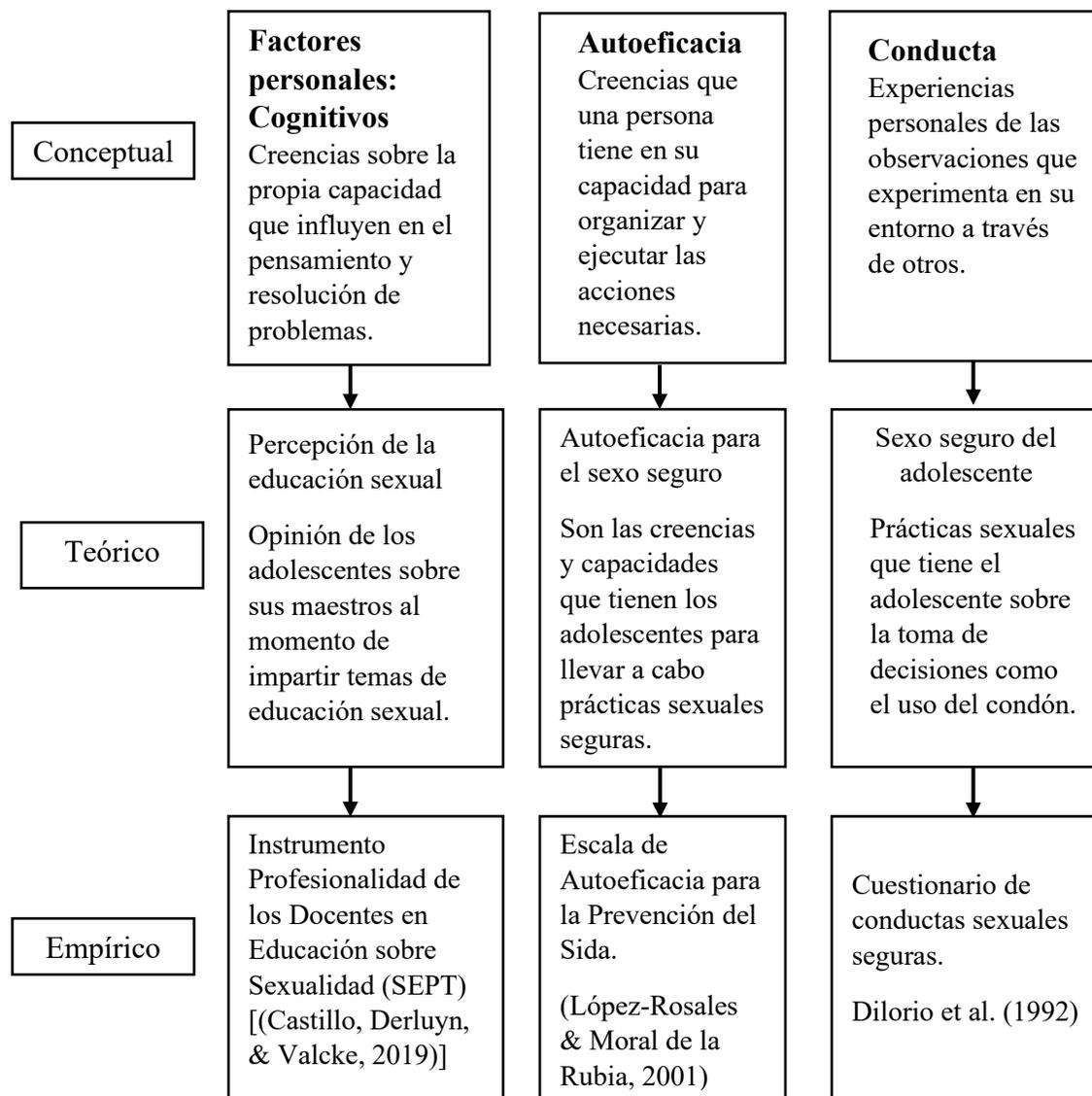
comportamiento refleja confianza en su capacidad para manejar su salud sexual (Bandura, 1977).

Además, la autoeficacia impulsa a crear motivadores internos que refuerzan el comportamiento positivo anticipando beneficios futuros. Cuando se establece, tiende a mejorar el rendimiento incluso en situaciones nuevas o diferentes (Bandura, 1977). Por eso, se reconoce como un factor clave para prevenir ITS, VIH y fomentar prácticas sexuales seguras (O'Leary et al., 2000).

La comunicación en la pareja también es un factor importante. Habilidades para negociar el uso del condón, insistir en su uso o abandonar relaciones riesgosas están positivamente relacionadas con la autoeficacia (Murphy et al., 2001; Sterk et al., 2003; Crosby et al., 2002). Los aspectos personales, es decir, los cognitivos, afectivos y contextuales, influyen en los comportamientos específicos, en este caso la conducta la cual es representada como la autoeficacia de los adolescentes para el sexo seguro, la cual, a su vez, llevan al resultado de que los adolescentes tengan sexo seguro.

La estructura conceptual-teórica-empírica muestra la operacionalización de las variables hasta definir los indicadores e instrumentos (Figura 1).

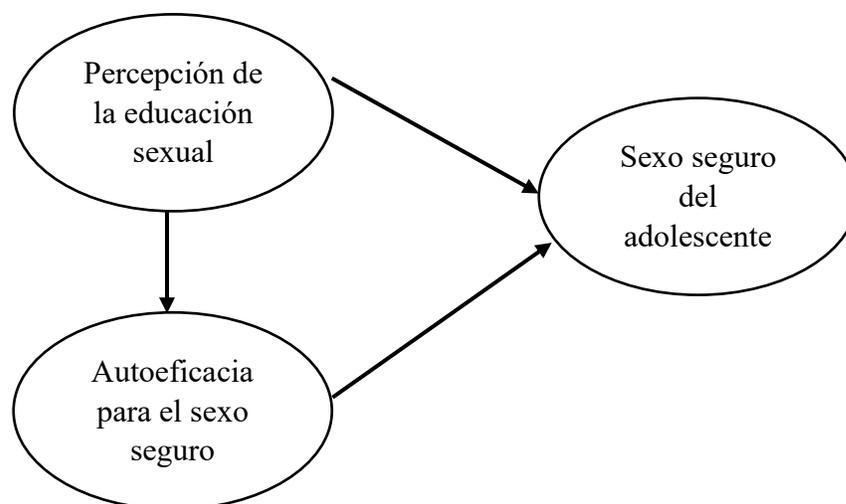
**Figura 1.** Estructura conceptual-teórica- empírico



Nota. Elaboración propia.

Este estudio propone que los aspectos personales como la percepción de la educación sexual (cognitivos), la autoeficacia (afectivos) y el apoyo social (contextuales) influyen en los aspectos conductuales, como el uso del condón lo que lleva a que los adolescentes adquieran conductas sexuales seguras como resultado final. Tal y como se ve representado en la figura 2 relación de la percepción de la educación sexual, autoeficacia para el sexo seguro y sexo seguro del adolescente.

**Figura 2.** *Relación percepción-autoeficacia-conducta sexual segura*



Nota. Elaboración propia.

### **Definición de términos**

Percepción de la educación sexual: opinión de los adolescentes sobre sus maestros al momento de impartir temas de educación sexual, como el dominio del tema, manejo, la explicación y la aclaración de dudas. Se indagó a través del Instrumento Profesionalidad de los Docentes en Educación sobre Sexualidad (SEPT) de Castillo, Derluyn, & Valcke, 2019.

Autoeficacia para el sexo seguro: creencias y capacidades que tienen los adolescentes para llevar a cabo prácticas sexuales seguras, como ser capaces de decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias, preguntar a su pareja sexual sobre relaciones sexuales y consumo de drogas anteriores, y tener la capacidad para adquirir y utilizar el condón. Se registro a través de Escala de Autoeficacia para la Prevención del Sida de López-Rosales & Moral de la Rubia, 2001.

Sexo seguro del adolescente: prácticas sexuales que realiza el adolescente, como la toma de decisiones respecto al uso del condón, la abstinencia de mantener relaciones sexuales con personas que tengan llagas, cortes o irritación en la zona genital, hablar de

temas sexuales con la pareja y evitar el contacto directo con fluidos genitales. Se indagó a través de Cuestionario de conductas sexuales seguras de Dilorio et al. 1992.

Edad: número de años, cumplidos que expresa el o la adolescente al momento de la aplicación de los instrumentos. Se registra por medio de la Cédula de Datos Sociodemográficos.

Sexo: expresión del adolescente de acuerdo con características biológicas que lo identifican como hombre o mujer. Se registró a través de la Cédula de Datos sociodemográficos.

Escolaridad: nivel de estudio académico en el que se encuentra el adolescente al momento de la aplicación de los instrumentos. Se indagó por medio de la Cédula de Datos Sociodemográficos.

## **Justificación**

Allen y Waterman (2019) refieren que la adolescencia es una etapa en la que se experimentan cambios significativos que forman la base de la identidad personal y sexual. Es una transición entre la niñez y la adultez, acompañada de transformaciones físicas, psicológicas, emocionales y sociales. Esta etapa se divide en tres fases: la adolescencia temprana (10-13 años), caracterizada por cambios físicos y maduración sexual; la adolescencia media (14-17 años), donde se presentan conflictos familiares y una fuerte influencia del grupo de pares; y la adolescencia tardía (18-21 años), marcada por la reaceptación de valores parentales y la asunción de responsabilidades propias (Rubio, 2021).

Lira et al. (20220) destacan la importancia de que los adolescentes tengan acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros, eficaces y aceptables, así como a servicios de salud adecuados durante la pubertad. La salud sexual es fundamental para el bienestar general y contribuye al desarrollo económico y social de las naciones. Para lograrlo, se requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad, que permita experiencias sexuales seguras, placenteras y libres de discriminación (OMS, 2019). El fortalecimiento de la salud sexual depende de varias condiciones, entre ellas el acceso a información integral y de calidad, la comprensión de los riesgos de la actividad sexual sin protección, la disponibilidad de atención médica adecuada y un entorno que promueva y afirme la salud sexual. En este sentido, la educación sexual debe comenzar antes del inicio de la actividad sexual y responder a las necesidades de los adolescentes, desarrollando en ellos conocimientos, actitudes y habilidades que favorezcan conductas sexuales seguras y saludables (Espinosa & Barraza, 2021).

Respecto al sexo seguro, la Secretaría de Salud (SSA, 2020) las define como aquellas en las que no hay intercambio de fluidos infecciosos, como abrazos, caricias y besos. No obstante, el Grupo de Trabajo sobre Tratamiento del VIH (gTt-VIH, 2020) enfatiza la importancia del uso de preservativos en relaciones sexuales vaginales, anales y orales. La Academia Americana de Pediatría (AAP, 2020) también recomienda el uso de métodos de barrera desde la primera experiencia sexual. La educación sexual es un factor determinante para fomentar prácticas sexuales seguras, ya que involucra distintos actores sociales que influyen en el aprendizaje y comportamiento de los adolescentes. En

México, la Secretaría de Educación Pública (SEP, 2020) considera algunos temas en sus libros de texto, como lo son los cambios físicos y psicológicos durante la adolescencia limitando los contenidos a aspectos anatómicos y fisiológicos, sin abordar temas clave como ITS, VIH o anticoncepción. Aunque los adolescentes tienen acceso a información en internet, gran parte de ella es errónea o mal interpretada. Muchos recurren a sus docentes como fuente confiable, pero estos no siempre están capacitados para abordar la sexualidad de manera integral. La mayoría se limita a hablar sobre reproducción, evitando temas relacionados con prácticas sexuales seguras (Pérez, V. 2025).

Ante esta realidad, se vuelve indispensable preparar a los docentes para abordar abiertamente la educación sexual, pues ellos representan una fuente principal de información para los adolescentes (Pérez, V. 2025). Educar a las nuevas generaciones implica brindarles herramientas para ejercer una sexualidad informada, segura y responsable (Zegarra, 2021). Otro aspecto fundamental es el desarrollo de habilidades como la autoeficacia, que se refiere a las creencias del individuo sobre su capacidad para organizar y ejecutar acciones que le permitan alcanzar sus metas (Bandura, 1997). La autoeficacia influye en los pensamientos, emociones y conductas, y una alta autoeficacia se relaciona con mayor seguridad personal. En el ámbito sexual, facilita la adopción de conductas preventivas frente a ITS (Guerra et al., 2019), mediante un proceso activo y constructivo denominado percepción (Neisser, 1981). En este contexto, la educación sexual y la promoción de la salud son pilares fundamentales para el bienestar individual y colectivo. Escuelas y comunidades deben ser espacios clave para fomentar el autocuidado, la responsabilidad sexual y la adquisición de conocimientos útiles para la vida (Fajardo, D. 2022).

Considerando este panorama, el rol de la enfermería debe centrarse en la prevención de ITS y VIH/sida, desarrollando estrategias educativas basadas en información adecuada, actualizada y dirigida a los adolescentes. Asimismo, es fundamental evaluar la autoeficacia y la percepción de la educación sexual impartida por los docentes como elementos claves en la promoción del sexo seguro. Por ello, el presente estudio tiene como finalidad identificar cómo la percepción de la educación sexual y la autoeficacia para el sexo seguro influyen en el sexo seguro de los adolescentes.

## **Objetivo General**

Identificar cómo la percepción de la educación sexual y la autoeficacia para el sexo seguro influyen en el sexo seguro de los adolescentes.

## **Objetivos Específicos**

- 1.- Identificar las características sociodemográficas de los adolescentes.
- 2.- Determinar la percepción del adolescente sobre la educación sexual.
- 3.- Describir la autoeficacia para el sexo seguro del adolescente.
- 4.- Describir el sexo seguro que tiene el adolescente.

## **Hipótesis**

H1: Existe diferencia en la percepción de la educación sexual de acuerdo con el sexo del adolescente.

H2: Existe diferencia en la autoeficacia para el sexo seguro de acuerdo con el sexo.

H3: Existe diferencia en el sexo seguro del adolescente de acuerdo con el sexo del adolescente.

H4: Existe relación entre la percepción de la educación sexual, la autoeficacia para el sexo seguro y las prácticas de sexo seguro en los adolescentes.

## **Materiales y Métodos**

### **Diseño de estudio**

El tipo de diseño que guio esta investigación es descriptivo, correlacional y de corte transversal. Es descriptivo ya que en este se analizó y se describió la percepción de la educación sexual, la autoeficacia para el sexo seguro y el sexo seguro de los adolescentes; correlacional ya que se estableció la relación entre la percepción de la educación sexual, la autoeficacia para el sexo seguro y el sexo seguro del adolescente; y transversal, porque los datos se recolectaron en momento específico (Grove & Gray, 2012).

### **Población, muestra y muestreo**

La población de estudio estuvo conformada por adolescentes de nivel medio superior de una preparatoria pública del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, distribuidos entre el primer y el tercer semestre.

El tipo de muestreo fue aleatorio estratificado (Grove & Gray, 2012), ya que se conocen algunas variables de la población a estudiar, como la edad, el sexo, la escolaridad, el inicio de vida sexual y la edad en la que iniciaron relaciones sexuales, lo cual resultó importante para lograr la representatividad.

La muestra fue calculada con el paquete estadístico G\* Power 3.1.9.7, utilizando un análisis de correlación conservador de 0.20, un nivel de significancia de 0.05 y poder estadístico del 0.95%, con una tasa estimada de rechazo del 5%, lo que arrojó un tamaño de muestra total de 315 adolescentes.

### **Criterios de inclusión**

Adolescentes de 12 a 17 años, de ambos sexos, matriculados e inscritos en la institución educativa, que se encuentren solteros y que cuenten con el consentimiento informado firmado por su padre, madre o tutor; así el asentimiento informado por el adolescente.

### **Criterios de exclusión**

Adolescentes que no hallan asistido cuando se entregó el consentimiento informado, así como aquellos que lo presenten escaneado o en fotografía.

### **Criterios de eliminación**

Cuestionarios que no se encuentren contestados al 100%

## **Instrumentos de medición**

Para el estudio se utilizó una cédula de datos sociodemográficos y tres instrumentos para medir las variables principales del estudio. La cédula de datos sociodemográficos. Esta se utilizó para conocer las características sociodemográficas de los adolescentes, entre estas, la edad, el sexo, el grado de estudio, el estado civil, la edad de inicio de la actividad sexual al momento de la aplicación de los instrumentos (Anexo 1).

### ***Percepción sobre la educación sexual***

Para medir esta variable se utilizó el instrumento Profesionalidad de los Docentes en Educación sobre Sexualidad (SEPT) (Castillo, Derluyn, & Valcke, 2019), desarrollado sobre la base de Bandura (2006) y OMS (2010) (Anexo 2), el cual constó de 6 ítems. En estos se realizaron preguntas como “Mis profesores pudieron expresar claramente sus puntos de vista sobre aspectos relacionados con la educación sexual frente a nosotros”. Las opciones de respuestas se presentaron en una escala tipo Likert, donde las puntuaciones variaron desde 1= Totalmente de acuerdo, 2= Bastante de acuerdo, 3= Algo de acuerdo, 4= Ligeramente en desacuerdo, 5 = Algo desacuerdo y 6= Totalmente en desacuerdo. Para la interpretación del puntaje, la escala de respuesta de todos los ítems se invirtió, de manera que 1= Totalmente en desacuerdo y 6= Totalmente de acuerdo. La puntuación total fue de 6 a 36 puntos; a mayor puntuación, mayor percepción de la educación sexual. Se ha reportó un Alpha de Cronbach .79.

### ***Autoeficacia para el sexo seguro***

Para esta variable se utilizó la Escala de Autoeficacia para la Prevención del Sida (López-Rosales & Moral de la Rubia, 2001) la cual constó de 27 ítems. Se realizaron preguntas como “¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir no cuando te proponen tener relaciones sexuales con alguien cuya historia sexual es desconocida para ti?” y “¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir no cuando te proponen tener relaciones sexuales con alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales?”. Esta se evaluó con una escala tipo Likert, donde las puntuaciones variaron desde 1= Nada seguro, 2= Algo seguro, 3= Medio seguro, 4= Muy seguro y 5= Total seguro. La puntuación total varió entre 27 y 135, a mayor puntuación, mayor autoeficacia para la

prevención del VIH (Anexo 3). Los autores reportaron un Alpha de Cronbach de .91 en una población joven.

### ***Sexo seguro del adolescente***

Para esta variable se utilizó el cuestionario de conductas de sexo seguro de Dilorio et al. (1992), el cual constó de 24 ítems sobre el comportamiento sexual. Se realizaron preguntas como “Insisto en el uso del condón cuando tengo relaciones sexuales”. Las opciones de respuesta fueron tipo Likert, con opciones del 1= Nunca, 2= A veces, 3= La mayor parte del tiempo y 4= Siempre. De manera global, la escala tuvo un puntaje mínimo de 24 y máximo de 96 puntos, una mayor puntuación indicó mayores conductas sexuales seguras (Anexo 4). Los autores reportaron un Alpha de Cronbach de .92 (Dilorio et al., 1992; Jiménez, 2018; Valdez, 2015).

### **Procedimiento de recolección de datos**

Para la recolección de datos del presente estudio, primeramente, se solicitó la autorización al Comité de Investigación y de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Una vez obtenido la autorización de los comités, se acudió a una escuela preparatoria pública del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León, y se solicitó la autorización por escrito a las autoridades. Posteriormente, tras haber obtenido la autorización de los directivos, se solicitó la cantidad de alumnado con el que contaba la preparatoria, los horarios y el listado de alumnos inscritos de los semestres de primero y tercero. Las listas de grupo fueron ingresadas a una base de datos, en donde se seleccionaron aleatoriamente los grupos a los cuales se aplicaron los instrumentos de la investigación.

Una vez que se tuvieron los grupos aleatorizados, se acudió nuevamente a la escuela preparatoria y, con permiso de las autoridades correspondiente, se visitaron los grupos seleccionados, donde se les dio a conocer a los adolescentes el tema y propósito de la investigación. Tras explicarles el objetivo, se les invitó a participar en el estudio. Al obtener una respuesta positiva, se les entregó un consentimiento informado para sus padres (Anexo 6), donde se proporcionó información breve sobre el estudio, su propósito, beneficio y autorización requerida por parte de los padres o tutores de los adolescentes. Posteriormente se acudió nuevamente la institución educativa en la fecha previamente acordada, cumpliendo con la cita autorizada para la recolección de datos.

Se recogieron los consentimientos firmados por los padres de familia o tutor. Contando con la autorización, se proporcionó un asentimiento informado (Anexo 7) a los adolescentes, en el cual se les brindó información breve sobre el estudio, su propósito y beneficios, para asegurar su participación en esta investigación voluntaria. Una vez cumplidos los requisitos, se explicó nuevamente, de forma clara y sencilla, el tema y propósito del estudio, así como la importancia de su participación. Además, se les indicó que los datos serían anónimos, confidencial y reportados de forma general en el estudio. Posteriormente, se entregaron los cuestionarios únicamente a quienes presentaron el consentimiento firmado por los padres y su asentimiento informado firmado.

Para la aplicación de los instrumentos, se capacitó a personal de enfermería de licenciatura, quien apoyó al investigador en la recolección de datos. La recolección se inició el mismo día en que se recogieron los consentimientos y asentimientos informados, comenzando con los participantes seleccionados del nivel medio superior público. Los cuestionarios se proporcionaron en papel y fueron contestados con lápiz y/o pluma de manera individual, en un lugar privado y cerrado proporcionado por los directivos de la institución, donde únicamente estuvieron presentes los participantes y el encuestador, con el fin de crear un ambiente de confianza y evitar distractores. Se entregó la cédula de datos sociodemográficos (Anexo 1), el cuestionario de profesionalidad de los docentes en educación sobre sexualidad (Anexo 2), la Escala de Autoeficacia para la Prevención del Sida (Anexo 3) y el cuestionario de conductas de sexo seguro (Anexo 4). El tiempo que se empleó para que los estudiantes contestaran los instrumentos fue de aproximadamente 30 minutos. Durante este proceso, el investigador aclaró posibles dudas sobre los cuestionarios y estuvo atento a cualquier incomodidad la cual no se presentó.

Una vez que los estudiantes finalizaron, se les entregó un sobre tamaño carta en donde colocaron los instrumentos, y lo depositaron en un contenedor designado por el personal capacitado y el investigador, ubicado en el escritorio del aula. Finalmente, el investigador y su equipo agradecieron a los participantes por su colaboración y se les entregó un tríptico (Anexo 8), el cual ofrecía beneficios directos, si no información breve y general sobre las infecciones de transmisión sexual y el sexo seguro. Así mismo, se les recordó que no recibirían ninguna compensación o recompensa, sino que su

participación contribuiría al desarrollo de conocimiento científico. Finalmente, se agradeció a los directivos la institución educativa por su apoyo y tiempo.

### **Consideraciones éticas**

El presente estudio se apegó al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, en lo relativo a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos (Secretaría de Salud [SSA], 1987, actualización 2014), en donde se estableció que el desarrollo de la investigación para la salud debía atender los aspectos éticos que garantizaran la dignidad y el bienestar de las personas sujetas a investigación.

Por lo cual, se consideró lo establecido en su Título Segundo, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo I, Artículo 13, donde se declaró que, en toda investigación en la que el ser humano fuera sujeto de estudio, debía prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y trato respetuoso y profesional hacia el adolescente. Asimismo, se le informó que el proceso de recolección de datos se llevaría a cabo en un lugar cómodo y con la privacidad adecuada hacia su persona. Se tomó en cuenta lo estipulado en el Artículo 18, el cual declaró que los investigadores principales suspenderían temporalmente la investigación cuando el adolescente así lo deseara, por lo que se tuvo previsto suspender y reiniciar la recolección de datos cuando el participante decidiera continuar con la investigación.

En relación con el Artículo 14, fracciones V, VI, VII y VIII, se contó con la aprobación del Comité de Ética. En relación con el Artículo 29, Capítulo II, sobre la investigación en comunidades, se obtuvo con la autorización de los directivos de la institución de educación media superior seleccionado del área metropolitana de Monterrey. De acuerdo con el Capítulo I, Artículo 16, que establece la protección de la privacidad del sujeto considerado en la investigación, se solicitó a la institución un lugar privado, donde el estudiante contestó los instrumentos con libertad absoluta y sin presión de las autoridades escolares o de alguna otra persona. Asimismo, los instrumentos fueron anónimos y el investigador principal del estudio resguardó toda información obtenida en un lugar seguro, por un periodo de seis meses; una vez transcurrido este tiempo, los instrumentos fueron destruidos.

En este estudio se consideró lo establecido en el Capítulo I, Artículo 17, fracción II, donde se clasificó de riesgo mínimo, debido a que las preguntas en los instrumentos podrían causar incomodidad o sentimientos negativos. Por lo tanto, se estuvo atento a estos casos para suspender la recolección de datos y poder reprogramar en caso de que el adolescente así lo determine. De acuerdo con lo estipulado en el Capítulo I, Artículo 20, se entendió por consentimiento informado el acuerdo por escrito mediante el cual se autorizó la participación legal del sujeto en la investigación, con pleno conocimiento de los procedimientos y capacidad de libre elección. El participante autorizó su colaboración en la investigación, dejando claro que, aun habiendo otorgado su autorización, tenía todo el derecho de retirarse del estudio cuando así lo deseara. Por tratarse de una investigación con participantes menores de edad, se contó con el consentimiento informado firmado por sus padres o tutores, como representantes legales del adolescente, además del asentimiento informado por parte del propio adolescente, tal como se estipula en el Artículo 36 del Capítulo III.

Tal como lo dispone el Artículo 21, este consentimiento y asentimiento informado se explicó de forma clara y precisa el propósito del estudio, los procedimientos a realizar, las posibles molestias, el derecho a recibir respuestas a sus dudas y la seguridad de que se protegería su identidad, tal como lo estipulan en las fracciones I, III, VI, VII y VIII. Asimismo, se destacó que el formato de consentimiento que se utilizó en el presente estudio fue autorizado por el Comité de Ética para la Investigación, como se establece en el Artículo 22, fracción II. Finalmente, el Artículo 57, Capítulo V se cumplió, ya que indica que los participantes, por ser estudiantes, son un grupo subordinado, en el cual el consentimiento informado podría ser influenciado por alguna autoridad de la institución educativa. Debido a ello, se aseguró que el participante estuviera informado de que, en cualquier momento, tenía toda la libertad de decidir aceptar o no a participar en el estudio, sin que esto tuviera ninguna repercusión en su institución académica.

### **Plan de Análisis de Datos**

Para el presente estudio, se analizaron los datos a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences, versión 22.0 (SPSS V22.0). Se utilizó estadística descriptiva e inferencial para dar respuesta a los objetivos planteados. Se

empleó estadística descriptiva, como frecuencias, proporciones y medidas de tendencia central, para analizar los datos sociodemográficos y de sexualidad. Respecto a la estadística inferencial, se determinó la confiabilidad de los instrumentos mediante el coeficiente Alpha de Cronbach, así como la prueba de Kolmogórov-Smirnov (K-S) para determinar la distribución de los datos.

En cuanto al primer objetivo específico, el cual busca identificar las características sociodemográficas de los adolescentes, se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central: media ( $\mu$ ), mediana, frecuencias y proporciones, representadas en tablas (Polit & Hungler, 1999). Para el segundo objetivo específico, el cual indica determinar la percepción del adolescente sobre la educación sexual, se dio respuesta a través de estadística descriptiva, como lo son las medidas de tendencia central: media ( $\mu$ ), mediana y desviación estándar ( $DE$ ); los resultados se presentaron mediante tablas, frecuencia y proporciones (Polit & Hungler, 1999).

Para dar respuesta al tercer objetivo específico, que es describir la autoeficacia para el sexo seguro del adolescente, se utilizó estadística descriptiva de medidas de tendencia central: media ( $\mu$ ), mediana y desviación estándar ( $DE$ ), representadas a través de tablas y proporciones (Polit & Hungler, 1999). En cuanto al cuarto objetivo específico, describir el sexo seguro del adolescente, se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central: media ( $\mu$ ), mediana, frecuencias y proporciones, representadas mediante tablas (Polit & Hungler, 1999).

Para la primera hipótesis, que busca determinar si existe diferencia entre la percepción de la educación sexual de acuerdo con el sexo del adolescente, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney ( $U$ ), debido a que la prueba de normalidad y homogeneidad de varianzas indicó el uso de estadísticas no paramétricas (Polit & Hungler, 1999). Para la segunda hipótesis, que establece si existe diferencia entre la autoeficacia para el sexo seguro de acuerdo con el sexo del adolescente, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney ( $U$ ), con base en los resultados de la prueba de normalidad y homogeneidad de varianzas, que indicó el uso de estadísticas no paramétricas (Polit & Hungler, 1999).

Para la tercera hipótesis, que plantea si existe diferencia en el sexo seguro de acuerdo con el sexo del adolescente, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney ( $U$ ), por las mismas razones anteriores (Polit & Hungler, 1999). Para responder a la cuarta

hipótesis, que busca establecer la relación entre la percepción de la educación sexual, la autoeficacia para el sexo seguro y el sexo seguro del adolescente, se utilizó el coeficiente de correlación de estadístico Spearman ( $r$ ), ya que la prueba de normalidad indicó el uso de estadísticas no paramétricas (Polit & Hungler, 1999).

Por último, para el objetivo general, que es identificar cómo la percepción de la educación sexual y la autoeficacia para el sexo seguro influyen en el sexo seguro del adolescente, se empleó una regresión lineal múltiple mediante el coeficiente de correlación múltiple ( $R$ ) para determinar la fuerza de la relación entre varios factores predictivos y un resultado, aunque sin identificar la dirección. Asimismo, para obtener estimaciones más robustas, se aplicó el método Bootstrap con 10,000 muestras. (Polit & Hungler, 1999).

## Resultados

En el presente capítulo se presentan las características de los participantes, la consistencia interna de los instrumentos, los datos descriptivos de las variables estudiadas, la prueba de normalidad, así como la estadística descriptiva e inferencial.

### *Consistencia interna y validez de los instrumentos*

En la Tabla 1 se presenta la consistencia interna de los siguientes instrumentos: Instrumento sobre la Profesionalidad de los Docentes en Educación sobre sexualidad, la Escala de Autoeficacia para la Prevención del Sida y sus tres subescalas (capacidad de decir “no” a relaciones sexuales de riesgo, comunicación sobre el riesgo sexual, y uso y negación del uso de preservativo); finalmente, se muestra la consistencia interna del Cuestionario de Conductas de Sexo Seguro. Todos los instrumentos presentaron un valor aceptable del coeficiente Alfa de Cronbach, conforme a lo reportado en la literatura (Grove & Gray, 2012).

**Tabla 1**

#### *Consistencia interna de los instrumentos*

| Instrumento   | No.<br>Reactivos | <i>a</i> |
|---|------------------|----------|
| Profesionalidad de los Docentes en Educación Sobre Sexualidad | 6                | .85      |
| Escala de Autoeficacia para la Prevención del Sida            | 27               | .91      |
| Capacidad de decir “no” a relaciones sexuales de riesgo       | 11               | .96      |
| Comunicación sobre el riesgo sexual                           | 4                | .81      |
| Uso y negación del uso del preservativo                       | 12               | .76      |
| Cuestionario de Conductas de Sexo Seguro                      | 24               | .79      |

Nota: *a* = Alpha de Cronbach. *n* = 315

### ***Prueba de normalidad***

Previo al análisis de los datos, se exploró la distribución de las variables del estudio mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors. Los resultados, presentados en la Tabla 2, indicaron que las variables no siguieron una distribución normal, por lo que se optó por aplicar estadística no paramétrica.

**Tabla 2**

*Prueba de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors*

| Variable  | D <sup>a</sup> | p    |
|---|----------------|------|
| Profesionalidad de los Docentes en Educación Sobre            | .112           | .001 |
| Sexualidad Escala de Autoeficacia para la Prevención del Sida | .107           | .001 |
| Capacidad de decir “no” a relaciones sexuales de riesgo       | .176           | .001 |
| Comunicación sobre el riesgo sexual                           | .180           | .001 |
| Uso y negación del uso del preservativo                       | .103           | .001 |
| Cuestionario de Conductas de Sexo Seguro                      | .093           | .001 |

Nota: D<sup>a</sup> = prueba de normalidad; p = Valor de p. n = 315

### **Estadística descriptiva de las variables de estudio**

Según la percepción de los adolescentes sobre la educación sexual impartida por sus maestros, se evidenció una media general de 4.63 ( $DE = 1.22$ ). Se identificó que el 31.1% manifestó estar ligeramente en desacuerdo con que sus profesores pudieran expresar claramente sus puntos de vista sobre temas de educación sexual. Respecto a la afirmación de que sus maestros fomentaron actitudes positivas hacia la sexualidad, se reportó una media de 4.69 ( $DE = 1.14$ ): el 34.6% de los adolescentes indicó estar algo en desacuerdo. En relación con que los profesores motivaran a sentirse cómodos al abordar temas relacionados con la educación sexual, se obtuvo una media de 4.87 ( $DE = 1.19$ ), donde el 36.5% expresó estar en desacuerdo. Asimismo, señalaron estar algo en desacuerdo con que sus maestros promovieran habilidades para manejar una sexualidad responsable. Por otro lado, se reportó una media de 5.10 ( $DE = 1.06$ ), y el 43.2% manifestó estar totalmente en desacuerdo con que sus profesores mejoraran sus

conocimientos sobre sexualidad. Los datos de presentan de manera detallada en la Tabla 3.

**Tabla 3**

*Percepción de la educación sexual impartida por sus maestros*

| Preguntas   | Total-<br>mente<br>de<br>acuerdo | Basta-<br>nte de<br>acuerdo | Algo<br>de<br>acuer-<br>do | Ligera-<br>mente en<br>desacuerdo | Algo<br>en<br>desac-<br>uerdo | Totalme-<br>nte en<br>desacue-<br>do |
|---|----------------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
|   | %                                |                             |                            |                                   |                               |                                      |
| 1. Mis profesores expresan sus ideas sobre educación sexual | 2.5                              | 4.4                         | 5.7                        | 31.1                              | 27.3                          | 28.9                                 |
| 2. Fomentan actitudes positivas                             | 1.9                              | 2.9                         | 7.9                        | 25.7                              | 34.6                          | 27.0                                 |
| 3. Nos hacen sentir Cómodos                                 | 2.5                              | 2.5                         | 5.4                        | 21.3                              | 31.7                          | 36.5                                 |
| 4. Ayudan a desarrollar habilidades                         | 1.6                              | 2.5                         | 7.3                        | 24.1                              | 33.7                          | 30.8                                 |
| 5. Dan prioridad a la educación sexual                      | 7.0                              | 8.9                         | 18.1                       | 33.7                              | 18.1                          | 14.3                                 |
| 6. Mejorar nuestros conocimientos                           | 1.6                              | 1.6                         | 4.4                        | 13.7                              | 35.6                          | 43.2                                 |
| Nota: % = Porcentaje  |                                  |                             |                            |                                   |                               | <i>n</i> = 315                       |

Con base a la autoeficacia de los adolescentes, evaluada a través de las tres subescalas incluidas, se obtuvieron los siguientes resultados: para la capacidad de decir “no” a relaciones sexuales de riesgo, se evidenció una media de 3.58 ( $DE = 1.76$ ), donde

el 56.2% de los participantes manifestó sentirse completamente seguro para negarse a tener relaciones sexuales con alguien que conocieron hace 30 días o menos y cuya historia sexual desconocen. En cuanto a la capacidad para evitar relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol, se obtuvo una media de 3.46 ( $DE = 1.80$ ), el 52.4% de los adolescentes manifestó sentirse totalmente seguro de rechazar tener relaciones sexuales con una persona con la que han estado consumiendo alcohol. En la subescala de comunicación sobre el riesgo sexual, la puntuación promedio fue de 4.17 ( $DE = 1.12$ ), lo que indica un nivel moderado de confianza para abordar temas relacionados con el riesgo sexual. Respecto al uso y negación del preservativo, se reportó una media de 4.56 ( $DE = .864$ ), donde el 80.6% de los participantes declaró sentirse completamente seguros de utilizar el condón cada vez que tienen relaciones sexuales. Además, se obtuvo una media de 4.43 ( $DE = .93$ ), en la que el 65.1% indicó sentirse muy seguros respecto al uso correcto del preservativo. En la Tabla 4, se muestran los porcentajes de respuestas correspondientes a cada una de las subescalas de la Escala de Autoeficacia para la Prevención del Sida.

**Tabla 4**

*Escala de Autoeficacia para la Prevención del Sida*

| Preguntas  | Capacidad de decir NO a relaciones sexuales de riesgo |                |                 |               |      | Total,<br>seguro |
|--|---|----------------|-----------------|---------------|------|------------------|
|  | Nada<br>seguro  | Algo<br>seguro | Medio<br>seguro | Muy<br>seguro |      |                  |
|  | %   |                |                 |               |      |                  |
| 1. ¿Cuándo es alguien que conociste recientemente? | 28.3  | 3.2            | 7.0             | 5.4           | 56.2 |                  |

Nota: % = Porcentaje

$n = 315$

(continúa)

**Tabla 4***Escala de Autoeficacia para la Prevención del Sida (continuación)*

| Capacidad de decir NO a relaciones sexuales de riesgo       | Nada seguro | Algo seguro | Medio seguro | Muy seguro | Total, seguro |
|---|-------------|-------------|--------------|------------|---------------|
| Preguntas   | %           |             |              |            |               |
| 2.- ¿Cuándo no conoces su historial sexual?                 | 27.6        | 4.1         | 6.0          | 5.7        | 56.5          |
| 3. ¿Cuándo no conoces su historial de drogas?               | 29.5        | 3.2         | 6.7          | 5.4        | 55.2          |
| 4. ¿Cuándo ya lo has tratado antes?                         | 13.7        | 13.7        | 23.8         | 21.0       | 27.9          |
| 5. ¿Cuándo quieres seguir viéndole?                         | 16.5        | 14.0        | 18.7         | 18.1       | 32.7          |
| 6. ¿Cuándo ya tuviste relaciones sexuales con esa persona?  | 16.5        | 15.2        | 21.3         | 17.1       | 29.8          |
| 7. ¿Cuándo quieres que se enamore de ti?                    | 23.2        | 8.9         | 10.2         | 9.2        | 48.6          |
| 8. ¿Cuándo te presiona a tener relaciones?                  | 32.7        | 1.6         | 2.5          | 3.8        | 59.4          |
| 9. ¿Cuándo han bebido juntos?                               | 31.7        | 2.9         | 5.1          | 7.9        | 52.4          |
| 10- ¿Cuándo se han drogado juntos?                          | 34.3        | 2.2         | 2.9          | 2.9        | 57.8          |
| 11. ¿Cuándo estás muy excitado (a)?                         | 22.9        | 13.0        | 14.0         | 18.7       | 31.4          |
| Comunicación sobre el riesgo sexual                         | Nada seguro | Algo seguro | Medio seguro | Muy seguro | Total, seguro |
| Preguntas   | %           |             |              |            |               |
| 1. ¿Preguntar si usa drogas inyectadas?                     | 3.5         | 4.8         | 8.9          | 20.0       | 62.9          |
| 2. ¿Hablar sobre prevención del sida?                       | 2.9         | 2.9         | 7.9          | 20.6       | 65.7          |
| 3. ¿Preguntar sobre relaciones pasadas?                     | 4.8         | 7.3         | 14.0         | 24.1       | 49.8          |
| 4. ¿Preguntar sobre si ha tenido experiencias homosexuales? | 7.6         | 9.8         | 19.7         | 17.8       | 45.1          |

Nota: % = Porcentaje

*n = 315 (continúa)*

**Tabla 4***Escala de Autoeficacia para la Prevención del Sida (continuación)*

| Uso y negación del preservativo                   | Nada<br>seguro | Algo<br>seguro | Medio<br>seguro | Muy<br>seguro | Total,<br>seguro |
|---|----------------|----------------|-----------------|---------------|------------------|
| Preguntas   |                |                |                 |               | %                |
| 1. Usar condón en cada relación sexual            | 2.2            | 2.9            | 3.8             | 10.5          | 80.6             |
| 2. Usarlo correctamente                           | 2.5            | 1.6            | 11.4            | 19.4          | 65.1             |
| 3. Usarlo después de beber alcohol                | 10.2           | 4.1            | 12.7            | 20.0          | 53.0             |
| 4. Usarlo después de consumir drogas              | 15.6           | 5.7            | 13.0            | 15.2          | 50.5             |
| 5. Insistir en su uso, aunque la pareja no quiera | 2.5            | 1.6            | 3.8             | 10.8          | 81.3             |
| 6. Negarse si no se usa condón                    | 5.7            | 1.6            | 7.9             | 12.1          | 72.7             |
| 7. Tener dinero para comprar condones             | 2.5            | 4.8            | 9.8             | 21.0          | 61.9             |
| 8. Ir a comprar condones                          | 4.8            | 3.2            | 10.2            | 16.8          | 65.1             |
| 9. Esperar hasta el matrimonio                    | 29.3           | 13.0           | 26.0            | 10.2          | 21.6             |
| 10. Ser fiel a una sola persona de por vida       | 18.4           | 16.2           | 25.1            | 15.2          | 25.1             |
| 11. Hablar de sexualidad con tu papá              | 24.1           | 14.0           | 18.1            | 14.9          | 28.9             |
| 12. Hablar de sexualidad con tu mamá              | 13.7           | 9.8            | 14.0            | 23.2          | 39.4             |
| Nota: % = Porcentaje                              |                |                |                 |               | <i>n</i> = 315   |

En relación con el sexo seguro de los adolescentes, se evidenció una media de 3.74 ( $DE = .631$ ), donde el 82.2% de los participantes reportó insistir siempre en el uso de condón durante las relaciones sexuales. Asimismo, se obtuvo una media de 3.58 ( $DE = .942$ ), en la que el 80.6% afirmó abstenerse de mantener relaciones sexuales cuando presentan llagas o irritación en la zona genital. No obstante, se reportó una media de 1.69 ( $DE = .953$ ), donde el 56.5% manifestó tener dificultad para hablar sobre temas sexuales con sus parejas. Respecto a los antecedentes de uso de drogas intravenosas por parte de sus parejas, se obtuvo una media de 2.99 ( $DE = 1.18$ ), y el 49.5% indicó que

siempre pregunta a su pareja si ha consumido alguna droga de este tipo. En la Tabla 5, se presentan los datos detallados sobre el sexo seguro de los adolescentes.

**Tabla 5**

*Escala de conductas sexuales seguras*

| Preguntas   | Nunca | A veces | La mayor parte del tiempo | Siempre           |
|---|-------|---------|---------------------------|-------------------|
|   | %     |         |                           |                   |
| 1. Insisto en usar condón                               | 1.6   | 5.4     | 10.8                      | 82.2              |
| 2. Uso drogas antes o durante del sexo                  | 96.2  | 2.5     | .3                        | 1.0               |
| 3. Me detengo a usar condón durante los juegos sexuales | 12.1  | 7.3     | 16.5                      | 64.1              |
| 4. Pregunto sobre el historial sexual de mis parejas    | 21.0  | 27.9    | 18.4                      | 32.7              |
| 5. Evito el contacto directo con fluidos sexuales       | 11.4  | 21.0    | 26.0                      | 41.6              |
| 6. Pregunto sobre prácticas bisexuales u homosexuales   | 25.7  | 21.9    | 18.7                      | 33.7              |
| 7. Tengo sexo en la primera cita                        | 1.6   | 1.0     | 1.9                       | 95.6              |
| 8. Me abstengo si no conozco el historial sexual        | 14.9  | 8.3     | 8.3                       | 68.6              |
| Nota: % = Porcentaje                                    |       |         |                           | <i>n = 315</i>    |
|   |       |         |                           | <i>(continúa)</i> |

**Tabla 5***Escala de conductas sexuales seguras (Continuación)*

| Preguntas   | Nunca | A veces | La mayor parte<br>del tiempo | Siempre |
|---|-------|---------|------------------------------|---------|
|   | %     |         |                              |         |
| 9. Me abstengo si tengo llagas o irritación genital | 9.5   | 3.5     | 6.3                          | 80.6    |
| 10. Llevo condón si creo que habrá sexo             | 21.3  | 9.8     | 21.6                         | 47.3    |
| 11. Reviso a mi pareja por heridas genitales        | 18.7  | 19.7    | 26.0                         | 35.6    |
| 12. Corrijo información errónea sobre sexo seguro   | 7.3   | 10.2    | 27.0                         | 55.6    |
| 13. Hago sexo oral sin protección                   | 12.4  | 7.0     | 17.5                         | 63.2    |
| 14. A veces no uso condón por dejarme llevar        | 4.1   | 4.8     | 22.2                         | 68.9    |
| 15. Practico sexo anal                              | 86.3  | 10.2    | 1.0                          | 2.5     |
| 16. Pregunto por uso de drogas inyectadas           | 20.0  | 10.2    | 20.3                         | 49.5    |
| 17. Planeo cómo practicar sexo seguro               | 14.3  | 13.0    | 24.1                         | 48.6    |
| 18. Me niego si mi pareja no quiere usar condón     | 5.7   | 11.4    | 12.1                         | 70.8    |
| 19. Evito el contacto con sangre de mi pareja       | 12.4  | 10.5    | 16.8                         | 60.3    |
| 20. Me cuesta hablar de sexo con mis parejas        | 8.9   | 7.9     | 26.7                         | 56.5    |

Nota: % = Porcentaje

*n = 315**(continúa)*

**Tabla 5***Escala de conductas sexuales seguras (continuación)*

| Preguntas                                    | Nunca | A veces | La mayor parte del tiempo | Siempre |
|--|-------|---------|---------------------------|---------|
|  | %     |         |                           |         |
| 21. Inicio la conversación sobre sexo seguro | 15.6  | 29.8    | 19.4                      | 35.2    |
| 22. Tengo seco con personas bisexuales o gay | 81.3  | 9.5     | 3.2                       | 6.0     |
| 23. Practico sexo anal sin condón            | 89.8  | 5.1     | .6                        | 4.4     |
| 24. Bebo alcohol antes o durante el sexo     | 90.2  | 8.3     | .6                        | 1.0     |

Nota: % = Porcentaje *n* = 315

En relación con el primer objetivo específico, que busca identificar las características sociodemográficas de los participantes se reportó que la muestra estuvo constituida por 315 adolescentes: 214 de sexo femenino (67.9%) y 101 de sexo masculino (32.1%), pertenecientes a una preparatoria de una institución pública del área metropolitana. La mayoría cursaba el primer semestre (70.8%), mientras que el resto se encontraba en el tercer semestre (29.2%). La media de edad fue de 15.18 años ( $DE = 0.581$ ), con un rango de edad de 14 a 16 años. En cuanto a la actividad sexual, el 24.1% indicó haber tenido relaciones sexuales.

Se registró que el 8.6% inició su vida sexual a los 14 años, seguido por el 7.9% a los 15 años y el 4.1% a los 13 años. La edad mínima de inicio reportada fue de 11 años y la máxima de 16 años. Respecto a la exposición general a métodos anticonceptivos, el 76.5% mencionó el condón, y el 22.5% indicó conocer tanto el condón como la píldora anticonceptiva (ver Tabla 6).

**Tabla 6***Características sociodemográficas*

| Variable                         |           | <i>f</i> | %    | $\mu$ | Mediana | <i>DE</i> |
|----------------------------------|-----------|----------|------|-------|---------|-----------|
| Sexo                             | Masculino | 101      | 32.1 |       |         |           |
|                                  | Femenino  | 214      | 67.9 |       |         |           |
| Edad                             | 14 años   | 30       | 9.5  | 15.18 | 15      | .581      |
|                                  | 15 años   | 199      | 63.2 |       |         |           |
|                                  | 16 años   | 86       | 27.3 |       |         |           |
| ¿Has tenido relaciones sexuales? |           | 76       | 24.1 | 14.22 | 14.0    | 1.10      |

Nota: *f*= Frecuencia; % = Porcentaje;  $\mu$ = Media; *DE* = Desviación estándar.  $n = 315$

En relación con el segundo objetivo específico, que busca conocer la percepción de los adolescentes sobre la educación sexual, se encontró que los hombres presentaron una media de 28.93 (*DE* = 4.55), lo que indica una mayor percepción de la educación sexual en comparación con las mujeres, quienes obtuvieron media de 27.50 (*DE* = 5.76). Los datos se encuentran de manera detallada en la Tabla 7.

**Tabla 7***Percepción de la educación sexual de los adolescentes*

| Variable |           | <i>f</i> | %    | $\mu$ | Mediana | <i>DE</i> |
|----------|-----------|----------|------|-------|---------|-----------|
| Sexo     | Masculino | 101      | 32.1 | 28.93 | 30      | 4.55      |
|          | Femenino  | 214      | 67.9 | 27.50 | 28      | 5.76      |

Nota: *f*= Frecuencia; % = Porcentaje;  $\mu$ = Media; *DE* = Desviación estándar.  $n = 315$

Respecto al tercer objetivo específico, orientado a describir la autoeficacia de los adolescentes en relación con el sexo seguro, los resultados muestran que las mujeres obtuvieron una media de 102.44 ( $DE = 21.77$ ), lo que sugiere una mayor autoeficacia para el sexo seguro en comparación con los hombres, cuya media fue de 101.07 ( $DE = 19.48$ ). En la tabla 8 se muestran los datos de manera detallada.

**Tabla 8**

*Autoeficacia de los adolescentes en relación con el sexo seguro*

| Variable |           | $f$ | %    | $\mu$  | Mediana | $DE$  |
|----------|-----------|-----|------|--------|---------|-------|
| Sexo     | Masculino | 101 | 32.1 | 101.07 | 103     | 19.48 |
|          | Femenino  | 214 | 67.9 | 102.44 | 109     | 21.77 |

Nota:  $f$ = Frecuencia; % = Porcentaje;  $\mu$ = Media;  $DE$  = Desviación estándar.  $n = 315$

En cuanto al cuarto objetivo específico, que busca describir las prácticas de sexo seguro en los adolescentes, se observó que las mujeres presentaron una media de 59.03 ( $DE = 9.42$ ), lo que indica mejores prácticas de sexo seguro en comparación con los hombres, quienes obtuvieron una media de 57.55 ( $DE = 8.62$ ). Los datos se muestran de manera detallada en la tabla 9.

**Tabla 9**

*Prácticas de sexo seguro de los adolescentes*

| Variable |           | $F$ | %    | $\mu$ | Mediana | $DE$ |
|----------|-----------|-----|------|-------|---------|------|
| Sexo     | Masculino | 101 | 32.1 | 57.55 | 58      | 8.62 |
|          | Femenino  | 214 | 67.9 | 59.03 | 60      | 9.42 |

Nota:  $f$ = Frecuencia; % = Porcentaje;  $\mu$ = Media;  $DE$  = Desviación estándar.  $n = 315$

## Estadística Inferencial

Para evaluar la primera hipótesis, la cual plantea la existencia de una diferencia en la percepción de la educación sexual de acuerdo con el sexo del adolescente, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney. Los resultados indican que no se encontró una diferencia significativa ( $U = 9350.50$ ,  $p = .053$ ), como se muestra en la Tabla 10.

Sin embargo, el valor de  $p$  estuvo muy cerca del umbral de 0.05, lo que sugiere una posible tendencia en la que los hombres reportan una percepción ligeramente mayor en comparación con las mujeres. Por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula, y se concluye que no hay diferencias significativas entre ambos sexos en cuanto a la percepción de la educación sexual.

**Tabla 10**

*Prueba U de Mann-Whitney para sexo y percepción de la educación sexual*

| Variable                          |           | <i>f</i> | <i>Mediana</i> | <i>U</i> | <i>p</i> |
|-----------------------------------|-----------|----------|----------------|----------|----------|
| Percepción de la educación sexual | Masculino | 101      | 172.42         | 9350.50  | .053     |
|                                   | Femenino  | 214      | 151.19         |          |          |

Nota:  $f$  = Frecuencia;  $U$  = de Mann-Whitney;  $p$  = valor de p.  $n = 315$

Para analizar la segunda hipótesis, se utilizó la misma prueba. Los resultados mostraron que no existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres ( $U = 10208$ ,  $p = .427$ ). Esto indica ambos sexos presentan niveles similares de autoeficacia en cuanto al sexo seguro (ver Tabla 11). Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alternativa que plantea una diferencia significativa.

**Tabla 11***Prueba U de Mann-Whitney para sexo y autoeficacia para el sexo seguro*

| Variable                         |           | <i>f</i> | <i>Mediana</i> | <i>U</i> | <i>p</i> |
|----------------------------------|-----------|----------|----------------|----------|----------|
| Autoeficacia para el sexo seguro | Masculino | 101      | 152.07         | 10208    | .427     |
|                                  | Femenino  | 214      | 160.80         |          |          |

Nota: *f* = Frecuencia; *Mdn* = Mediana; *U* = de Mann-Whitney; *p* = valor de p. *n* = 315

Con relación a la tercera hipótesis, que busca determinar diferencias en las practicas sexo seguro según el sexo del adolescente, la prueba U Mann-Whitney tampoco evidenció una relación estadísticamente significativa ( $U = 9740.50, p = .157$ ) tal como se muestra en la Tabla 12. A pesar de que las mujeres obtuvieron medias ligeramente mayores en las prácticas de sexo seguro, la diferencia no es lo suficientemente fuerte para sea considera significativa. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se concluye que no hay diferencia significativa entre hombres y mujeres en cuanto a las prácticas de sexo seguro.

**Tabla 12***Prueba U de Mann-Whitney para sexo y prácticas sexuales seguras*

| Variable                                       |           | <i>f</i> | <i>Mediana</i> | <i>U</i> | <i>p</i> |
|--|-----------|----------|----------------|----------|----------|
| Autoeficacia para las prácticas de sexo seguro | Masculino | 101      | 147.07         | 9749.50  | .157     |
|  | Femenino  | 214      | 162.98         |          |          |

Nota: *f* = Frecuencia; *U* = de Mann-Whitney; *p* = valor de p. *n* = 315

En base a la cuarta hipótesis, que busca determinar la relación entre la percepción de la educación sexual, autoeficacia para el sexo seguro y el sexo seguro de los adolescentes, se realizó un análisis por medio del coeficiente de correlación de Spearman. Los resultados se presentan con más detalles en la Tabla 13. De acuerdo con los valores obtenidos, se identificó una correlación positiva y significativa entre las

variables, lo que indica que a mayor percepción de la educación sexual y mayor autoeficacia para el sexo seguro, se reportan mejores prácticas de sexo seguro. por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa que plantea la existencia de una relación entre las variables analizadas.

**Tabla 13**

*Rho de Spearman de correlación de las variables*

| Variable                          | Estadístico | Percepción de la educación sexual | Autoeficacia para el sexo seguro | Prácticas sexuales seguras |
|-----------------------------------|-------------|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| Percepción de la educación sexual | $r_s$       |                                   | .152                             | .131                       |
|                                   | $P$         |                                   | .007                             | .020                       |
| Autoeficacia para el sexo seguro  | $r_s$       | .152                              |                                  | .419                       |
|                                   | $P$         | .007                              |                                  | .001                       |
| Prácticas sexuales seguras        | $r_s$       | .131                              | .419                             |                            |
|                                   | $P$         | .020                              | .001                             |                            |

Nota:  $r_s$ = Correlación de Spearman;  $p$  = Valor de  $p$ .

N = 315

Para dar respuesta al objetivo general, se utilizó una regresión lineal múltiple para evaluar cómo la percepción de la educación sexual y la autoeficacia para el sexo seguro influyen en las prácticas de sexo seguro de los adolescentes. Para obtener estimaciones más robustas de los coeficientes e intervalos de confianza, se aplicó el método Bootstrap con 10,000 muestras. Los resultados se muestran a detalle en la Tabla 14.

En cuanto a la percepción de la educación sexual, se observó un coeficiente asociado de .112, lo que sugiere que, por cada unidad de aumento en dicha percepción, las prácticas de sexo seguro aumentan. Sin embargo, este efecto no fue significativo ( $p = .247$ ). Por otro lado, la autoeficacia para el sexo seguro mostró un coeficiente de .175, lo que indica que por cada unidad que aumento en la autoeficacia, también aumentan las

prácticas de sexo seguro. Este efecto fue significativo ( $p = .001$ ), lo que refuerza la importancia de la autoeficacia como predictor positivo de las prácticas de sexo seguro.

**Tabla 14**

*Análisis de la influencia de la percepción de la educación sexual y la autoeficacia en las prácticas de sexo seguro de los adolescentes*

| Variable                          | Coeficiente<br>$\beta$ | Sesgo | Error<br>estándar<br>(Bootstrap) | p    | IC 95%   |          |
|-----------------------------------|------------------------|-------|----------------------------------|------|----------|----------|
|                                   |                        |       |                                  |      | Inferior | Superior |
| Constante                         | 37.626                 | .039  | 3.541                            | .001 | 30.588   | 44.483   |
| Percepción de la educación sexual | .112                   | .002  | .097                             | .247 | -.071    | .313     |
| Autoeficacia para el sexo seguro  | .175                   | .001  | .027                             | .001 | .121     | .226     |

Nota:  $p$  = valor de  $p$ ; IC = intervalo de confianza.

$n = 315$

Se encontró una correlación positiva y significativa entre la percepción de la educación sexual y la autoeficacia para el sexo seguro ( $r_s = .152, p = .007$ ). Esto sugiere que, a mayor percepción de la educación sexual, los adolescentes tienden a mostrar una mayor autoeficacia para el sexo seguro. Asimismo, la autoeficacia para el sexo seguro presentó una correlación significativa con las prácticas de sexo seguro ( $r_s = .419, p = .001$ ), lo que indica que los adolescentes con mayor autoeficacia tienen una mayor probabilidad de adoptar prácticas sexuales seguras. Por otro lado, la percepción de la educación sexual también mostró una correlación significativa con las prácticas de sexo seguro ( $r_s = .131, p = .020$ ), lo que sugiere que una mayor percepción de la educación sexual podría estar asociada con mejores prácticas de sexo seguro.

## Discusión

En el presente capítulo se discuten los resultados del estudio sobre la percepción de la educación sexual, la autoeficacia para el sexo seguro y las prácticas de sexo seguro de los adolescentes.

En relación con el primer objetivo específico del estudio, que consistió en describir las características sociodemográficas de los adolescentes, se reportó una muestra de 315 adolescentes, con una media de edad de 15.18 años. La mayoría del sexo femenino y cursaban el primer o el tercer semestre de preparatoria. En cuanto al inicio de relaciones sexuales, el estudio mostró que la edad mínima de inicio actividad fue de 11 años, lo cual contrasta con lo reportado por Estrada et al. (2017) quienes señalaron una edad mínima 14 años, y con lo señalado por Orcasita et al. (2018), quienes reportaron una edad mínima de 12 años.

Respecto al segundo objetivo específico, que consistió en conocer la percepción del adolescente sobre la educación sexual, los resultados muestran que los hombres reportaron una mayor percepción de la educación sexual. Este hallazgo difiere de lo reportado por Siva et al. (2021) y Castillo et al. (2019), quienes encontraron que las mujeres tenían mejor percepción de la educación sexual en comparación con los hombres. Esta discrepancia podría explicarse por diferencias socioculturales en la forma en que los hombres y mujeres acceden a la educación sexual. En algunos contextos, los hombres suelen sentirse más seguros al discutir temas o al recibir información de fuentes externas, mientras que las mujeres pueden enfrentar barreras sociales o familiares que limitan su acceso.

En respuesta al tercer objetivo específico del estudio, que analiza la autoeficacia para el sexo seguro en adolescentes, los resultados muestran que las mujeres obtuvieron una mayor autoeficacia en comparación con los hombres. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Closson et al. (2018) y Orcasita et al. (2018), quienes encontraron que las mujeres tienden a mostrar una mayor autoeficacia en el contexto del sexo seguro. Esta diferencia podría explicarse por diversos factores socioculturales y educativos. En general, las mujeres reciben una mayor orientación sobre la prevención de riesgos sexuales debido a la preocupación social por la transmisión de infecciones sexuales o tener un embarazo no deseado.

Guerra et al. (2019) y Rocha et al. (2017) mencionan que una alta autoeficacia en los adolescentes se relaciona con estrategias de prevención del VIH/sida, en donde los jóvenes con mayor autoeficacia son más propensos a rechazar relaciones sexuales con personas que los presionan, desconocidos o parejas cuyo historial sexual desconocen. Además, las mujeres suelen estar más involucradas en conversaciones sobre salud reproductiva y el uso de anticonceptivos, lo que fortalece su confianza para negociar prácticas sexuales seguras. Sin embargo, Estrada et al. (2017) señalaron que algunos adolescentes enfrentan dificultades para la adquirir métodos anticonceptivos debido a sentimiento de vergüenza o incomodidad. En cuanto al uso del condón como método anticonceptivo, Estrada et al. (2017) mencionan que los hombres se perciben con alta capacidad para su uso correcto y hablar con sus parejas sobre la prevención de ITS. No obstante, esto contrasta con lo reportado por Nwaozurul et al. (2020), quienes encontraron que las mujeres demostraron niveles relativamente altos de autoeficacia para el sexo seguro y un mayor conocimiento de prevención del VIH-sida.

En lo que respecta al cuarto objetivo específico del estudio, que busca describir las prácticas de sexo seguro en los adolescentes, los resultados mostraron que las mujeres reportaron tener mejores prácticas de sexo seguro. Sin embargo, estos hallazgos difieren con lo reportado por Vieira et al. (2021), quienes encontraron que los adolescentes varones suelen tener mejores prácticas de sexo seguro en comparación con las mujeres. Esto podría deberse a que, en algunos contextos socioculturales y factores educativos, los hombres pueden recibir más información sobre el uso del condón y otras estrategias de prevención, lo cual favorece el desarrollo hábitos más consistentes de sexo seguro.

Por otro lado, algunas investigaciones sugieren que las mujeres pueden enfrentar barreras para negociar el uso del condón con sus parejas debido a normas de género. En nuestro país, el machismo sigue siendo un fenómeno presente, lo cual influye en que el hombre busque tener relaciones sexuales por placer, independientemente de que si la mujer lo desea o lo disfruta. En este sentido, Caudillo et al. (2019) señalaron que muchas mujeres no pueden detener a sus parejas durante el acto sexual debido a que no saben cómo hacerlo o carecen de herramientas para ejercer su autonomía.

En cuanto al conocimiento sobre métodos anticonceptivo, Bautista & Carpio (2023) encontraron que los adolescentes de ambos sexos poseen un nivel medio de conocimiento sobre el uso condón y la píldora anticonceptiva. Sin embargo, Álvarez et al (2021), indicaron que, si bien las mujeres demostraron mayor conocimiento sobre el uso del condón, los hombres mostraron un mayor nivel de conocimiento sobre las ITS, especialmente sífilis y el herpes genital. Por otro lado, en relación con las relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol o sustancias psicoactivas, Chicaiza & Cantuñi (2023) identificaron que los adolescentes reportaron no haber tenidos relaciones sexuales bajo la influencia de estas sustancias.

En este estudio se plantearon varias hipótesis con el objetivo de examinar las diferencias y relaciones entre las variables clave: percepción de la educación sexual, autoeficacia para el sexo seguro y las prácticas de sexo seguro, según el sexo del adolescente. Las hipótesis formuladas se basaron en la literatura existente y en la necesidad de explorar cómo el sexo de los adolescentes podría influir en su comprensión de la educación sexual, su autoeficacia y sus prácticas de sexo seguro. Por otro lado, las hipótesis de este estudio fueron analizadas a través de la prueba U de Mann-Whitney. A continuación, se presentan las hipótesis planteadas:

En la Hipótesis uno que menciona “Existe diferencia entre la percepción de la educación sexual de acuerdo con el sexo del adolescente”, la presente se planteó bajo la suposición de que las diferencias socioculturales y las expectativas de género podrían influir en cómo hombres y mujeres perciben la educación sexual. El objetivo fue explorar si los adolescentes varones y las adolescentes mujeres tienen diferentes niveles de percepción sobre la educación sexual recibida. Este aspecto se abordó considerando que los hombres y mujeres podían tener distintas formas de acceder y procesar la información relacionada con la sexualidad.

Sin embargo, los resultados obtenidos en este estudio no mostraron una diferencia significativa entre ambos sexos. Estos hallazgos contrastan con los de Siva et al. (2021), Castillo et al. (2019) y Castillo et al. (2018), quienes encontraron una diferencia significancia en la percepción de la educación sexual entre los géneros, particularmente en las adolescentes mujeres. Las posibles razones de esta discrepancia pueden incluir diferencias en los contextos socioculturales.

Este resultado sugiere que, en el contexto de esta investigación, las percepciones de la educación sexual no están influenciadas de manera significativa por el sexo del adolescente, lo cual abre la puerta a considerar otros factores que podrían estar en juego, como el contexto familiar, la comunicación en el hogar o los métodos de enseñanza empleados (Agurto et al., 2024 & González et al., 2015). Por lo tanto, se rechaza esta hipótesis.

La Hipótesis dos “Existe diferencia entre la autoeficacia para el sexo seguro de acuerdo con el sexo del adolescente”, se planteó de que las mujeres tendrían una mayor autoeficacia para el sexo seguro en comparación con los hombres, debido a su mayor involucramiento en la prevención de riesgos sexuales y la recepción de información sobre anticoncepción y prevención de ITS. Esta hipótesis buscaba evaluar si existía diferencias entre la autoeficacia que tienen los adolescentes sobre su capacidad para el uso del condón y otras medidas preventivas.

Los resultados obtenidos en esta investigación no mostraron una diferencia significativa entre hombres y mujeres. Estos hallazgos contradicen los de Orcasita et al. (2018), quienes encontraron una diferencia estadísticamente significativa en la autoeficacia para el uso del preservativo en el sexo femenino. Así mismo, Estrada et al. (2017) reportaron una diferencia significativa en los adolescentes varones en relación con la autoeficacia, asociada con el hecho de que los profesores hablaran de equidad de género y enseñaron métodos anticonceptivos.

Por otro lado, Closson et al. (2018) identificaron una diferencia significativa en el sexo femenino en cuanto a la autoeficacia para negarse a tener relaciones sexuales, hablar con su pareja sobre antecedentes sexuales, usar condón después del consumo de alcohol o sustancias psicoactivas, y negarse a tener sexo sin condón. La ausencia de significancia en los resultados de este estudio podría explicarse por factores contextuales, educativos o socioculturales, lo que sugiere la necesidad de explorar otras variables que puedan intervenir en esta relación. Por lo tanto, se rechaza esta hipótesis.

La Hipótesis tres menciona “Existe diferencia entre las prácticas de sexo seguro de acuerdo con el sexo del adolescente”, la presente se formuló bajo la premisa de que las prácticas de sexo seguro pueden variar según el sexo del adolescente, considerando

las influencias socioculturales y educativas. Se esperaba encontrar que las adolescentes mujeres tuvieran prácticas más consistentes en cuanto al uso de anticonceptivos, mientras que los varones adolescentes reportaran una mayor comprensión sobre el uso del condón y la prevención de ITS. El propósito de esta hipótesis fue examinar estas diferencias en profundidad para comprender las dinámicas subyacentes.

No obstante, los resultados obtenidos no mostraron una relación significativa. Estos hallazgos contrastan con los de Vera & Fernández (2021), quienes encontraron una diferencia significativa entre el sexo femenino y los conocimientos de salud sexual. De manera similar, Vieira et al. (2021) reportaron que las mujeres presentaron una diferencia significativa entre el uso de anticonceptivos orales, mientras que los hombres mostraron una mayor adherencia al uso del condón.

Los resultados del presente estudio podrían deberse a factores contextuales, como el acceso a la educación sexual, la influencia familiar (Álvarez et al., 2021) o las percepciones individuales sobre la sexualidad y la prevención (Bautista & Carpio, 2023). Estos resultados sugieren la necesidad de explorar otras variables que puedan incidir en las prácticas de sexo seguro en adolescentes. Por lo tanto, esta hipótesis se rechaza.

La Hipótesis cuatro “Existe relación entre la percepción de la educación sexual, la autoeficacia para el sexo seguro y las prácticas de sexo seguro en los adolescentes.” Se realizó un análisis utilizando el coeficiente de correlación de Spearman, el cual permitió explorar las relaciones entre tres variables claves del estudio. Los resultados mostraron una correlación positiva y significativa entre la percepción de la educación sexual y la autoeficacia para el sexo seguro, lo que sugiere que, a mayor percepción de la educación sexual, los adolescentes tienden a mostrar una mayor autoeficacia para tomar decisiones sobre el sexo seguro. Este hallazgo resalta la importancia de una educación sexual adecuada en la construcción de la confianza de los adolescentes para actuar de manera informada en situaciones sexuales (Agurto et al., 2024).

Además, la educación sexual debe estar centrada en la temática como la identidad de género y la prevención de ITS y sida, para que los adolescentes tengan razones para investigar sobre la educación sexual, tal como lo señala Siva et al. (2021). Por otro lado, la autoeficacia para el sexo seguro aumenta de acuerdo con la edad del adolescente; esto se debe a que, a medida que va creciendo, el adolescente tiene mayor

exposición al conocimiento sobre el VIH debido a más años de escolaridad e interacción social.

Por lo tanto, el adolescente puede aumentar su confianza en la practicas sexuales seguras debido al mayor conocimiento del VIH, asociándose con la autoeficacia para el sexo seguro (Nwaozurul et al., 2020). Es por ello por lo que los jóvenes deberían de reforzar y ampliar sus conocimientos sobre temas específicos y ser capaces de mantener un nivel de autoeficacia, mejorando sus conocimientos teóricos menciona Rocha et al. (2017).

Además, se observó que la autoeficacia para el sexo seguro mostró una correlación significativa con las prácticas de sexo seguro, lo que indica que los adolescentes con mayor autoeficacia tienen más probabilidad de adoptar prácticas sexuales seguras, como el uso de métodos anticonceptivos y la prevención de ITS. Este resultado refuerza la idea de que la percepción de la propia capacidad para tomar decisiones seguras es un factor importante en la adopción de conductas sexuales responsables.

Por otra parte, se destaca la autoeficacia en decir “no” a las relaciones sexuales y la autoeficacia en el uso del condón, lo que lleva sugiere que el adolescente, al estar emitiendo conductas protectoras, está pensando en los beneficios para su salud (Orcasita et al., 2018). Es decir, que los adolescentes con mayor capacidad de autoeficacia para la prevención del VIH pueden controlar mejor las condiciones que los ponen en riesgo sexual, por lo cual tienen a mejorar su capacidad para lidiar con ellos y evitar que vuelvan a suceder Guerrero et al. (2022).

Por último, la percepción de la educación sexual también mostro una correlación significativa con las prácticas sexuales seguras. Esto sugiere que una mayor percepción de la educación sexual puede estar asociada con mejores prácticas de sexo seguro, lo que implica que la calidad de la educación sexual recibida por los adolescentes podría influir positivamente en la manera en que implementan conductas sexuales responsables Guerrero et al., (2022).

No obstante, las barreras en el acceso a la información sexual el cual incluye los tabúes culturales, sociales, las restricciones y actitudes del docente llevan a que los adolescentes adquieran conocimientos a través de medios difusos como lo son los

amigos, el internet y la televisión (Álvarez et al., 2021). Es por ellos, que los profesores les hablen frecuentemente sobre equidad de género y la edad del adolescente estén relacionados con los conocimientos de la prevención de ITS y VIH/sida menciona Estrada et al. (2017).

Este estudio ha proporcionado información valiosa sobre la relación entre la percepción de la educación sexual, la autoeficacia para el sexo seguro y las prácticas de sexo seguro en adolescentes. Aunque las hipótesis planteadas no mostraron una diferencia estadísticamente significativa entre los géneros, los resultados destacaron la importancia de la autoeficacia como un predictor clave en la adopción de prácticas sexuales seguras. La percepción de la educación sexual sigue siendo un factor relevante en el proceso de toma de decisiones informadas sobre la salud sexual.

A pesar de las barreras sociales y educativas que persisten en algunos contextos, la autoeficacia parece ser un motor fundamental en la capacidad de los adolescentes, por lo cual es necesario no solo proporcionar educación sexual adecuada, sino también fortalecer la autoeficacia en cuanto a la toma de decisiones relacionada con la prevención de ITS y VIH/sida.

Este estudio resalta la necesidad de considerar los contextos socioculturales y familiares al diseñar programas de educación sexual, ya que las experiencias y percepciones individuales pueden influir de manera significativa en la manera en que los adolescentes asumen y practican comportamientos sexuales seguros. Por último, en respuesta al objetivo general de identificar cómo la percepción de la educación sexual y la autoeficacia para el sexo seguro influyen en el sexo seguro del adolescente se centró en explorar cómo la percepción de la educación sexual y una mayor autoeficacia, podrían influir en la disposición de los adolescentes a implementar prácticas sexuales seguras, como el uso de métodos anticonceptivos y la prevención de ITS.

El propósito fue investigar si estas variables predictoras tienen un impacto significativo en las conductas de sexo seguro de los adolescentes. Para el análisis, se utilizó el método Bootstrap con 10,000 muestras, permitiendo obtener estimaciones más robustas de los coeficientes e intervalos de confianza. Los resultados mostraron una asociación para la percepción de la educación sexual, lo que sugiere que no existe una relación estadísticamente significativa con esta variable. aunque teóricamente se

esperaba que un mayor conocimiento en educación sexual estuviera relacionado con un incremento en las prácticas de sexo seguro, los datos no respaldaron esta suposición.

Estos hallazgos contradicen los resultados de Siva et al (2021), quienes encontraron una relación significativa entre el conocimiento en la educación sexual y la percepción de los adolescentes sobre un futuro más seguro, derivado del aprendizaje sobre prevención del sida y métodos anticonceptivos adecuados a su edad. Asimismo, González et al. (2015) reportaron que un inicio tardío de la actividad sexual estaba asociado con el reconocimiento del condón como un método eficaz en la prevención ITS y con el colegio como principal fuente de información sobre anticoncepción.

Por otro lado, la autoeficacia para el sexo seguro mostró una estimación, indicando una diferencia estadísticamente significativa. esto implica que, por cada incremento en la autoeficacia de los adolescentes, las prácticas de sexo seguro aumentan, lo que refuerza la importancia de la autoeficacia como un predictor positivo de dichas conductas.

Estos resultados coinciden con los hallazgos de Guerrero et al. (2022), quienes identificaron una relación significativa entre la autoeficacia para la prevención del VIH y el comportamiento sexual de protección. Esto sugiere que los adolescentes con mayor autoeficacia tienen una mayor capacidad para tomar decisiones responsables sobre su salud sexual, como el uso de métodos anticonceptivos durante el acto sexual y la consideración de riesgos asociados a las relaciones sin protección (Caudillo et al., 2019).

Además, la autoeficacia también mostró una diferencia significativa en relación con las conductas sexuales de los adolescentes, específicamente en el uso del condón. Orcasita et al. (2018) encontraron que aquellos adolescentes que utilizaron condón en sus últimas relaciones sexuales presentaron una mayor autoeficacia al preguntar a su pareja sobre conductas de riesgo y al insistir en el uso del preservativo como método anticonceptivo.

Estos resultados resaltan la importancia de fortalecer la autoeficacia en los adolescentes como un factor clave en la promoción de prácticas sexuales seguras, al tiempo que plantean interrogantes sobre el papel de la educación sexual y otros factores que podrían medir su impacto en la adopción de estas conductas.

## **Conclusiones**

Se evidencio que los adolescentes inician actividad sexual a edad cada vez más temprana. En cuanto, al uso de métodos anticonceptivos, predominó el uso del condón y la píldora.

Se encontró que los hombres tienen una mayor percepción de la educación sexual recibida por sus profesores.

En base a la autoeficacia para el sexo seguro y el sexo seguro de los adolescentes, las mujeres obtuvieron una mayor autoeficacia y mejores prácticas de sexo seguro.

No se evidencio diferencias significativas entre el sexo de los adolescentes y las variables del estudio.

Se encontró una correlación positiva y significativa entre la percepción de la educación sexual y la autoeficacia para el sexo seguro, así mismo, también se identificó una correlación positiva y significativa entre la autoeficacia para el sexo seguro y las prácticas sexuales seguras. También se evidencio una correlación significativa entre la percepción de la educación sexual y dichas prácticas.

El estudio enfatiza la relevancia de la educación sexual en la formación de actitudes y conductas responsables en los adolescentes mexicanos. A pesar de que la mayoría está familiarizada con los aspectos generales y esenciales sobre los métodos anticonceptivos, no siempre los utilizan en su primera relación sexual, lo que contribuye al incremento de infecciones de transmisión sexual.

La educación sexual cumple un rol fundamental en el desarrollo de actitudes y comportamientos responsables, y fortalece la confianza de los adolescentes en sus docentes como guías en las adquisición y desarrollo de habilidades para una vida sexual saludable.

## **Recomendaciones**

Tener en cuenta la limitada repuesta de los padres de familia hacia los temas relacionados con la sexualidad, por lo tanto, se recomienda realizar una junta presencial con los padres de familia o tutores explicando la dinámica y el propósito de la investigación. En base a los espacios establecidos, se recomienda solicitar lugares más

amplios y solicitar a las autoridades el tiempo determinado y la cooperación de los maestros al momento de la recolección de datos.

Respecto a la práctica de enfermería, se destaca la necesidad de fortalecer la capacitación de los docentes en temas de salud sexual, asegurando las herramientas necesarias para brindar orientación efectiva a los adolescentes. Implementar programas de educación sexual integral en las instituciones educativas promoviendo el conocimiento, la autoeficacia y las prácticas sexuales seguras de los adolescentes y priorizar intervenciones dirigidas a los adolescentes como población clave, enfocándose en la promoción de conductas sexuales responsables y en la prevención de infecciones de transmisión sexual.

Conforme a la disciplina de enfermería, se debe de ampliar los enfoques educativos hacia una visión integral de la salud, incluyendo aspectos emocionales, sociales y culturales que influyen en la toma de decisiones de los adolescentes y considerar el contexto familiar y la comunicación en el hogar como elementos fundamentales en el diseño de estrategias de educación sexual.

Por último, en la investigación se debe de explorar el conocimiento de los adolescentes sobre enfermedades de transmisión sexual, identificando brechas informativas que puedan abordarse desde la educación para la salud. Ampliar futuras investigaciones para incluir variables relacionadas con la autoeficacia y el conocimiento en la prevención de embarazos en adolescentes y desarrollar estudios que integren el análisis del entorno familiar, los estudios de comunicación y los métodos anticonceptivos como factor que influyen en las conductas sexuales de los adolescentes.

### **Limitaciones**

Algunas de las limitaciones presentadas en el estudio fue en la entrega de los consentimientos informados ya que se entregaron un total de 650 consentimientos informados a los tutores; de los cuales 340 autorizaron la participación; uno había cumplido la mayoría de edad, dos se encontraban en unión libre y tres no firmaron el asentimiento informado, por lo que se optó por eliminar seis participantes del estudio dando un total de 334 adolescentes a los que se les aplicaron los instrumentos de la investigación.

Al momento de la recolección de datos, algunos maestros no permitieron que los alumnos acudieran en grupos pequeños al área de enfermería para la aplicación de los instrumentos, por lo cual se optó por negociar con los maestros para la realización de la aplicación de los instrumentos en el salón estableciendo un espacio entre los bancos.

En cuanto al personal capacitado, se obtuvo poca participación para responder a las dudas que los adolescentes obtuvieron al momento de la aplicación de los instrumentos, a sí mismo, se obtuvo poco control y profundizaban los tiempos en las aclaraciones de los estudiantes.

Al capturar los datos, se revisaron cada uno de los 334 instrumentos aplicados y se identificaron que 19 instrumentos no estaban 100% contestados por lo cual se optó por eliminarlos por no cumplir con los criterios de inclusión, dando como muestra final de 315 participantes.

## Referencias Bibliográficas

- Agurto-Flores, M. I., Bahamondes-Vera, J., Guzmán-Andrade, K., Perelli-Vergara, F., Roca-Aranda, J., Soto-Matus, C., ... & González-Burboa, A. (2024). Percepción respecto a la educación sexual de adolescentes de dos establecimientos educacionales de Talcahuano, Chile. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 89(1), 18-24.
- Allen, B., y Waterman, H. (21 de 05 de 2019). Etapas de la adolescencia. Healthychildren. [https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx?gad\\_source=1&gclid=Cj0KCQjw-\\_mvBhDwARIsAA-Q0Q77yuB-MznJeKy5RxOcSIXkTRYMbiTEKatuTvFtsQgqRbtPdEF7D9waAv\\_VEALw\\_wcB](https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjw-_mvBhDwARIsAA-Q0Q77yuB-MznJeKy5RxOcSIXkTRYMbiTEKatuTvFtsQgqRbtPdEF7D9waAv_VEALw_wcB).
- Álvarez, I. V., Blondell, J. C., & Borges, G. V. A. (2021). Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes epilépticos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(3), 1-17.
- American Academy of Pediatrics. (2020, 20 de julio). *Actualización de las recomendaciones sobre anticoncepción y adolescentes*. HealthyChildren. <https://www.healthychildren.org/Spanish/news/Paginas/Updated-Recommendations-on-Contraception-and-Adolescents.aspx>
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents*, 5(307–337).
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215. Recuperado de <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1977PR.pdf>
- Bandura, A. (1982). Psychology of chance encounters and life paths, *American Psychologist*, 37, 747-755.

- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. A.
- Bandura, A. (1999). *Auto-Eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Bandura, A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W H Freeman; 1997.
- Bautista, C. A. C., & Carpio, V. D. P. C. (2023). Conocimientos y actitudes en adolescentes frente a enfermedades de transmisión sexual. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 3, 344-344.
- Campos, H. M., de Paiva, C. G. A., de Araújo Mourthé, I. C., Ferreira, Y. F., Assis, M. C. D., & Fonseca, M. D. C. (2018). Diálogos com adolescentes sobre direitos sexuais na escola pública: intervenções educativas emancipatórias!. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 13(3), 1-16.
- Castillo, J., Derluyn, I., & Vackle, M. (2018). ... hablando del derecho a la Educación Sexual Integral: la voz de los adolescentes en Ecuador. *Pucara*, (29), 121-145.
- Castillo, J., Derluyn, I., & Valcke, M. (2019). The (mis) match between sexuality education programs in school and the expectations of Ecuadorian adolescents. *Maskana*, 10(2), 21-31.
- Caudillo, M. E. E., Montoya, M. G., Guillén, J. E. G., Arias, M. L. F., Cortés, J. R., & Alfaro, A. C. T. (2019). Autoeficacia anticonceptiva como factor predictivo del embarazo adolescente. *Jóvenes en la Ciencia*, 5(1).
- Closson, K., Dietrich, J. J., Lachowsky, N. J., Nkala, B., Palmer, A., Cui, Z., ... & Kaida, A. (2018). Gender, sexual self-efficacy, and consistent condom

- use among adolescents living in the HIV hyper-endemic setting of Soweto, South Africa. *AIDS and Behavior*, 22, 671-680.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2019). 4 de septiembre: Día Mundial de la Salud Sexual.  
<https://www.gob.mx/salud%7Cseguropopular/articulos/4-de-septiembre-dia-mundial-de-la-salud-sexual>.
- Crosby RA, DiClemente RJ, Wingood GM, Cobb BK, Harrington K, Davies SL, et al. Condom use and correlates of African American adolescent females' infrequent communication with sex partners about preventing sexually transmitted diseases and pregnancy. *Health Education & Behavior*. 2002; 29(2):219–231. [PubMed: 11942716].
- Davis KR, Weller SC. The effectiveness of condoms in reducing heterosexual transmission of HIV. *Fam Plann Perspect*. 1999; 31(6):272–279. [PubMed: 10614517].
- Dilorio, C., Parsons, M., Lehr, S., Adame, D., Carlone, J. Measurement of safe sex behavior in adolescents and young adults. *Nursing Research*. 1992; 41:203–208.
- Espinosa, A. L. H., & Barraza, A. R. (2021). La educación sexual escolar... ¿Funciona? *Revista Digital Universitaria*, 22(4).
- Estrada, F., Campero, L., Suárez-López, L., Vara-Salazar, E. D. L., & González-Chávez, G. (2017). Conocimiento sobre el riesgo de embarazo y la autoeficacia en varones adolescentes: apoyo parental y factores escolares. *Salud pública de México*, 59(5), 556-565.
- Fajardo, D. P. C. (2022). Educación sexual integral en la escuela. *Revista Unimar*, 40(1), 136-151.
- Fondo de poblaciones de las Naciones Unidas. (2023). Salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes.

<https://mexico.unfpa.org/es/topics/salud-sexual-y-reproductiva-enadolescentesj%C3%B3venes#:~:text=Cada%20a%C3%B1o%20dan%20a%20luz,y%20la%20inequidad%20de%20g%C3%A9nero.>

- González, E., Molina, T., & Luttges, C. (2015). Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 80(1), 24-32.
- Grove, S. y Gray, J. (2012). Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en evidencia. ELSEVIER.
- gTt-VIH. (2020). *Guía para entender el riesgo en las prácticas sexuales y las pruebas de detección: Transmisión sexual* (J. Hernández, F. Martínez & M. Vázquez, Eds.). Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH. [https://www.gtt-vih.org/files/active/1/GTT\\_guia\\_transmision\\_2020\\_W.pdf](https://www.gtt-vih.org/files/active/1/GTT_guia_transmision_2020_W.pdf).
- Guerra Rodríguez, G. M., Gil Vázquez, H. M., Olivares Ornelas, O. A., Cepeda Rangel, A. A., Hernández Duque, J., & Martínez Guerrero, A. S. (2019). Tipo de vida sexual, autoeficacia y actitud sobre las conductas sexuales de riesgo. *Journal health npeps*, 4(2).
- Guerra, G., Gil, M. y Olivares, O. (2019). Tipo de vida sexual, autoeficacia y actitudes sobre las conductas sexuales de riesgo. *Journal Health NPEPS*, 2, 104-117. <http://dx.doi.org/10.30681/252610103843>.
- Guerrero Alcedo, J. M., Lucena Torrellas, A. I., & Espina Romero, L. D. C. (2022). Factores protectores y conductas sexuales protegidas en estudiantes de secundaria venezolanos. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 22(2).
- Inthavong, K., Ha, L. T. H., Anh, L. T. K., & Sychareun, V. (2020). Knowledge of safe sex and sexually transmitted infections among high school

- students, Vientiane Prefecture, Lao PDR. *Global Health Action*, 13(sup2), 1785159.
- Jiménez-Vázquez, V., Onofre-Rodríguez, D. J., & Benavides-Torres, R. A. (2018). Imagen corporal, búsqueda de sensaciones y prácticas sexuales más seguras en hombres que tienen sexo con hombres de nuevo león, México. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18(2).
- Labañino, Y. R., Rodríguez, Y. O., Laffita, D. M., Blancart, N. E., & Laffita, X. T. (2022). Intervención educativa sobre conocimientos de salud reproductiva en adolescentes del consultorio médico Guaguí de Mandinga. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 35, 10-10.
- Lira-Plascencia, J., Ibarguengoitia-Ochoa, F., & Neyro, J. L. (2020). Opciones anticonceptivas para las adolescentes. *Ginecología y Obstetricia de México*, 88(S1), 74-87.
- López-Rosales, F., & Moral-de la Rubia, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*, 43(5), 421-432.
- Murphy DA, Stein JA, Maibach E, Schlenger W. National Institute of Mental Health Multisite HIV Prevention Trial Group. Conceptualizing the multidimensional nature of self-efficacy: Assessment of situational context and level of behavioral challenge to maintain safer sex. *Health Psychology*. 2001; 20:281–290. [PubMed: 11515740].
- Neisser, U. (1981). *Cognición y realidad: principios e implicaciones de la psicología cognitiva*. Alemania: Marova.
- Nwaozuru, U., Blackstone, S., Obiezu-Umeh, C., Conserve, D. F., Mason, S., Uzoaru, F., ... & Iwelunmor, J. (2020). Psychosocial correlates of safe sex self-efficacy among in-school adolescent girls in Lagos, Nigeria. *Plos one*, 15(6), e0234788.

- O’Leary, A.; Wingood, GM. Interventions for sexually active heterosexual women. In: Peterson, JL.; DiClemente, RJ., editors. Handbook of HIV prevention. Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic; 2000. p. 179-200.
- Orcasita, L. & Uribe, A. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de CaliColombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 27, 1-31.
- Orcasita, L. T., Gil, J. A. M., & González, T. C. (2018). Autoconcepto, autoeficacia y conductas sexuales de riesgo en adolescentes. *Informes Psicológicos*, 18(2), 141-168.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Normas para la educación sexual en Europa: un marco para los responsables de la formulación de políticas, las autoridades educativas y sanitarias y los especialistas. Colonia, Alemania: Centro Federal de Educación para la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Salud sexual. [https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1).
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Infecciones de transmisión sexual. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)?gclid=CjwKCAjwu4WoBhBkEiwAojNdXqUZQH4qUHD-biRAJAF-qE\\_uTUAJR7pylTBzpHYE\\_h8Wu-oKDY5EWRoC0h8QAvD\\_BwE](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)?gclid=CjwKCAjwu4WoBhBkEiwAojNdXqUZQH4qUHD-biRAJAF-qE_uTUAJR7pylTBzpHYE_h8Wu-oKDY5EWRoC0h8QAvD_BwE).
- Pérez, V. M. O. (2025). Educación de la sexualidad en la adolescencia. *Cuadernos de RES PUBLICA en derecho y criminología*, (5), 1-11.
- Polit, F. & Hungler, P. (1999). *Investigación científica en ciencias de la salud*, (6a. ed.). México, D.F.: Mc Graw – Hill Interamericana.

- Rocha-Rdz, R., Cabrera, M. O., Acosta-Álvarez, M., & Hernández-Nava, N. (2017). Self-efficacy in sexual health: A focus on adolescents in Mexico. *Health, 9*(10), 1459-1466.
- Rodrigues, V. C. D. C., Lopes, G. F., Silveira, G. E. L., Sousa, I. B., Sena, M. M., Lopes, T. S. D. S., & AQUINO, P. D. S. (2021). Factores asociados al conocimiento y actitud de los adolescentes hacia el uso del preservativo masculino. *Revista Brasileña de Enfermería, 74*, e20190452.
- Rubio, A. (2021, 24 agosto). La etapa de la adolescencia - SEPEAP. SEPEAP. <https://sepeap.org/la-etapa-de-la-adolescencia/>.
- Seal, D. W., & Ehrhardt, A. A. (2004). HIV-prevention-related sexual health promotion for heterosexual men in the United States: Pitfalls and recommendations. *Archives of Sexual Behavior, 33*(3), 211- 222.
- Secretaría de Educación Pública. Ciencias y Tecnología. Biología. Primer grado. México: Trillas; 2020. Disponible en: <https://libros.conaliteg.gob.mx/20/S00379.htm#page/8>.
- Secretaria de Salud del Gobierno de Puebla. (13 de marzo de 2020). Sexo seguro y protegido. <https://ss.puebla.gob.mx/cuidados/adolescentes/item/201-sexo-seguro-y-protegido#:~:text=El%20sexo%20seguro%20son%20todas,besos%2C%20autoerotizaci%C3%93n>.
- 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>.
- Secretaria de Salud. (2025). Boletín epidemiológico Sistema Nacional de Vigilancia epidemiológica Sistema Único de información. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-epidemiologia-boletin-epidemiologico>.

- Siva, V. K., Nesan, G. S. C. Q., & Jain, T. (2021). Knowledge, attitude and perception of sex education among school going adolescents in urban area of Chennai, Tamil Nadu. *Journal of family medicine and primary care*, 10(1), 259-264.
- Sterk CE, Klein H, Elifson KW. Perceived condom use self-efficacy among at-risk women. *AIDS and Behavior*. 2003; 7(2):175–182. [PubMed: 14586202].
- Valdez M., Benavides T., González V., Onofre R., & Castillo A. (2015). Internet and sexual risk behavior for HIV/AIDS in young people. *Enfermería Global*, 38, 160-168.
- Vásquez, S. (2015). UNFPA lamenta todavía no se masifique educación sexual integral en escuelas de RD. Recuperado del sitio de internet de la oficina de la ciudad [http://countryoffice.unfpa.org/dominicanrepublic/2015/07/03/12419/unfpa\\_lamenta\\_todavia\\_no\\_se\\_masifique\\_educacion\\_sexual\\_integral\\_en\\_escuelas\\_de\\_rd](http://countryoffice.unfpa.org/dominicanrepublic/2015/07/03/12419/unfpa_lamenta_todavia_no_se_masifique_educacion_sexual_integral_en_escuelas_de_rd).
- Vera-Alanís, L. Y., & Fernández-Fuertes, A. A. (2021). Análisis del conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. *Horizonte sanitario*, 20(3), 305-314.
- Vieira, K. J., Barbosa, N. G., Dionízio, L. D. A., Santarato, N., Monteiro, J. C. D. S., & Gomes-Sponholz, F. A. (2021). Início da atividade sexual e sexo protegido em adolescentes. *Escola Anna Nery*, 25, e20200066.
- Zegarra Martínez, V. C. (2021). Nivel de conocimientos sobre Educación sexual integral y actitudes sexuales reproductivas en estudiantes de secundaria del Colegio Benito Juárez. [Tesis, Universidad de san Martin de porres].

## **ANEXOS**



## ANEXO 1

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



### CÉDULA DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

**Título de proyecto:** Percepción de la educación sexual y autoeficacia del adolescente para el sexo seguro.

**Autores/Estudiantes:** Lic. Enf. Israel Guadalupe García Alanís.

**Director de Tesis/Asesor:** Dra. María Aracely Márquez Vega.

**Instrucciones:** esta cédula de datos sociodemográficos tiene como objetivo obtener datos personales. Por favor lee detenidamente cada pregunta y contesta cada una de ellas marcando una (X) en donde corresponda. RECUERDA QUE LA CEDULA ES ANONIMA Y QUE TUS DATOS SERAN UTILIZADOS CON CONFIDENCIALIDAD Y SUJETO A ESTUDIO.

#### I.- Datos personales

1. Sexo: Femenino: \_\_\_\_\_ Masculino: \_\_\_\_\_

2.- Edad: \_\_\_\_\_

#### II.- Escolaridad

3.- Preparatoria: Primer Semestre: \_\_\_\_\_ Segundo Semestre: \_\_\_\_\_ Tercer Semestre: \_\_\_\_\_

#### III.- Métodos anticonceptivos

4.- Condón: \_\_\_\_\_

5.- Píldora: \_\_\_\_\_

6.-Has tenido relaciones sexuales: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ A qué edad inicio tu vida sexual: \_\_\_\_\_

7.- Estado civil:

Soltero: \_\_\_\_\_ Unión libre: \_\_\_\_\_ Casado: \_\_\_\_\_



## ANEXO 2

### Profesionalidad de los Docentes en Educación sobre Sexualidad (SEPT)



(Bandura, 2006 & OMS, 2010)

**Instrucciones:** A continuación, se te preguntará sobre algunos aspectos relacionados con la “percepción de la educación sexual respecto al papel de tus profesores al momento de impartir estas clases”. Recuerda que no hay respuestas correctas e incorrectas, trata de contestar de manera honesta lo que tu pienses. Por favor lee detenidamente y contesta cada pregunta marcando con una “X” la opción que elijas. Recuerda que es de suma importancia que respondas TODAS las preguntas. **RECUERDA QUE ES ANONIMA Y QUE TUS DATOS SERAN UTILIZADOS CON CONFIEDENCIALIDAD Y CON FIENS DE ESTUDIO.**

| Ítems  | Totalmente de acuerdo | Bastante de acuerdo | Algo de acuerdo | Ligeramente en desacuerdo | Algo en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|--|-----------------------|---------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------------------|
|  | (1)                   | (2)                 | (3)             | (4)                       | (5)                | (6)                      |
| Mis profesores pudieron expresar claramente sus puntos de vista sobre aspectos relacionados con la educación sexual frente a nosotros.   |                       |                     |                 |                           |                    |                          |
| Mis profesores podrían conseguir que sus alumnos desarrollaran actitudes positivas hacia la sexualidad (las actitudes positivas son opiniones y valores sobre las acciones que conducen a un manejo responsable de la sexualidad). |                       |                     |                 |                           |                    |                          |

| Ítems   | Totalmente de acuerdo | Bastante de acuerdo | Algo de acuerdo | Ligeramente en desacuerdo | Algo en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|---|-----------------------|---------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------------------|
|   | (1)                   | (2)                 | (3)             | (4)                       | (5)                | (6)                      |
| Mis profesores podrían conseguir motivarnos para que nos sintamos cómodos al abordar temas relacionados con la educación sexual.  |                       |                     |                 |                           |                    |                          |
| Mis profesores podrían lograr que sus alumnos desarrollen habilidades para que podamos manejar responsablemente nuestra sexualidad (las habilidades son conductas que los estudiantes pueden practicar).                        |                       |                     |                 |                           |                    |                          |
| Mis profesores convidarían hora de trabajar la educación sexual, aunque tienen que abordar otros temas en sus clases.   |                       |                     |                 |                           |                    |                          |
| Mis profesores podrían lograr que sus alumnos mejoren sus conocimientos sobre sexualidad (conocer es tener información sobre hechos relacionados con la educación sexual de forma integral y ajustada a las diferentes edades). |                       |                     |                 |                           |                    |                          |



### ANEXO 3



#### Escala de Autoeficacia para la Prevención del Sida

(López-Rosales & Moral- de la Rubia, 2001)

**Instrucciones:** A continuación, se te preguntará sobre algunos aspectos relacionados con el “Sexo Seguro”. Considera todas las maneras que puedas practicar el sexo seguro al responder estas afirmaciones. Recuerda que no hay respuestas correctas e incorrectas, trata de contestar de manera honesta lo que tu pienses. Por favor lee detenidamente y contesta cada pregunta marcando con una “X” la opción que elijas. Recuerda que es de suma importancia que respondas TODAS las preguntas. **RECUERDA QUE ES ANONIMA Y QUE TUS DATOS SERAN UTILIZADOS CON CONFIEDENCIALIDAD Y CON FIENS DE ESTUDIO.**

| A) ¿Que tan seguro estas de ser capaz de decir NO, cuando te propone tener relaciones sexuales? | Nada seguro (1) | Algo seguro (2) | Medio seguro (3) | Muy seguro (4) | Total, seguro (5) |
|---|-----------------|-----------------|------------------|----------------|-------------------|
| 1.- ¿Alguien conocido hace 30 días o menos?   |                 |                 |                  |                |                   |
| 2.- ¿Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti?                                       |                 |                 |                  |                |                   |
| 3.- ¿Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?                                    |                 |                 |                  |                |                   |
| 4.- ¿Alguien a quien has tratado con anterioridad?  |                 |                 |                  |                |                   |
| 5.- ¿Alguien a quien deseas tratar de nuevo?  |                 |                 |                  |                |                   |
| 6.- ¿Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales?                                       |                 |                 |                  |                |                   |
| 7.- ¿Alguien a quien necesitas que se enamore de ti?  |                 |                 |                  |                |                   |
| 8.- ¿Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales?                                       |                 |                 |                  |                |                   |
| 9.- ¿Alguien con quien has estado bebiendo alcohol?   |                 |                 |                  |                |                   |
| 10.- ¿Alguien con quien has estado utilizando drogas?   |                 |                 |                  |                |                   |
| 11.- ¿alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto?                                      |                 |                 |                  |                |                   |

| <b>B) ¿Que tan seguro estas de ser capaz de ...</b>   | <b>Nada seguro (1)</b> | <b>Algo seguro (2)</b> | <b>Medio seguro (3)</b> | <b>Muy seguro (4)</b> | <b>Total, seguro (5)</b> |
|---|------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1.- ¿Preguntar a tu novio/a si ha inyectado alguna droga?   |                        |                        |                         |                       |                          |
| 2.- ¿Discutir sobre la prevención del sida con el novio/a?  |                        |                        |                         |                       |                          |
| 3.- ¿preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?                         |                        |                        |                         |                       |                          |
| 4.- ¿preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?                                 |                        |                        |                         |                       |                          |
| <b>C) ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de</b>   | <b>Nada seguro (1)</b> | <b>Algo seguro (2)</b> | <b>Medio seguro (3)</b> | <b>Muy seguro (4)</b> | <b>Total, seguro (5)</b> |
| 1.- ¿Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?  |                        |                        |                         |                       |                          |
| 2.- ¿Usar correctamente el condón?  |                        |                        |                         |                       |                          |
| 3.- ¿Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?                  |                        |                        |                         |                       |                          |
| 4.- ¿Usar condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga? |                        |                        |                         |                       |                          |
| 5.- ¿Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?     |                        |                        |                         |                       |                          |
| 6.- ¿Negarse a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?                         |                        |                        |                         |                       |                          |
| 7.- ¿Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?                                     |                        |                        |                         |                       |                          |
| 8.- ¿Acudir a la tienda a comprar condones?   |                        |                        |                         |                       |                          |
| 9.- ¿No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio?  |                        |                        |                         |                       |                          |
| 10.- ¿Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?                              |                        |                        |                         |                       |                          |
| 11.- ¿Platicar con tu papá sobre temas sexuales?  |                        |                        |                         |                       |                          |
| 12.- ¿Platicar con tu mama sobre temas sexuales?  |                        |                        |                         |                       |                          |



## ANEXO 4

### Cuestionario de conductas de sexo seguro

(Dilorio et al 1992)



**Instrucciones:** A continuación, se te preguntará sobre algunos aspectos relacionados con el “Sexo Seguro”. Considera todas las maneras que puedas practicar el sexo seguro al responder estas afirmaciones. Recuerda que no hay respuestas correctas e incorrectas, trata de contestar de manera honesta lo que tu pienses. Por favor lee detenidamente y contesta cada pregunta marcando con una “X” la opción que elijas. Recuerda que es de suma importancia que respondas TODAS las preguntas. **RECUERDA QUE ES ANONIMA Y QUE TUS DATOS SERAN UTILIZADOS CON CONFIDENCIALIDAD Y CON FIENS DE ESTUDIO.**

| Ítems  | Nunca<br>(1) | A<br>veces<br>(2) | La mayor<br>parte del<br>tiempo<br>(3) | Siempre<br>(4) |
|--|--------------|-------------------|--|----------------|
| 1.- Insisto en el uso de condón cuando tengo relaciones sexuales.  |              |                   |  |                |
| 2.- Uso cocaína u otras drogas antes o durante mis relaciones sexuales.  |              |                   |  |                |
| 3.- Me detengo a ponerme un condón o a ponérselo a mi pareja durante los juegos sexuales preliminares.             |              |                   |  |                |
| 4.- Le pregunto a posibles compañeros sexuales acerca de sus propios historiales sexuales.                         |              |                   |  |                |
| 5.- Evito el contacto directo con el semen o las secreciones vaginales de mi pareja sexual.                        |              |                   |  |                |
| 6.- Les pregunto a mis posibles parejas sexuales acerca de sus historiales de prácticas bisexuales u homosexuales. |              |                   |  |                |
| 7.- Tengo relaciones sexuales la primera vez que salgo con alguien.  |              |                   |  |                |
| 8.- Me abstengo de tener relaciones sexuales con alguien del cual desconozco el historial sexual.                  |              |                   |  |                |

| <b>Ítems</b>   | <b>Nunca<br/>(1)</b> | <b>A<br/>veces<br/>(2)</b> | <b>La mayor<br/>parte del<br/>tiempo<br/>(3)</b> | <b>Siempre<br/>(4)</b> |
|--|----------------------|----------------------------|--|------------------------|
| 9.- Me abstengo de tener relaciones sexuales cuando tengo llagas o irritación en la zona genital.  |                      |                            |  |                        |
| 10.- Siempre llevo un condón cuando creo que una cita puede terminar en un encuentro sexual.   |                      |                            |  |                        |
| 11.- Insisto en examinar a mi pareja sexual en busca de llagas, cortes o abrasiones en el área genital.                                  |                      |                            |  |                        |
| 12.- Si estoy en desacuerdo con la información que mi pareja tiene sobre la práctica de sexo seguro, de inmediato doy mi punto de vista. |                      |                            |  |                        |
| 13.- Practico sexo oral sin usar barreras protectoras como un condón   |                      |                            |  |                        |
| 14.- Si me dejo llevar por la pasión del momento, tengo relaciones sexuales sin usar condón.   |                      |                            |  |                        |
| 15.- Practico sexo anal.   |                      |                            |  |                        |
| 16.- Les pregunto a mis posibles parejas sobre sus antecedentes de uso de drogas intravenosas.   |                      |                            |  |                        |
| 17.- Si sé que una cita puede conducir a una relación sexual, tengo un plan en mente para practicar el sexo seguro.                      |                      |                            |  |                        |
| 18.- Si mi pareja insiste en tener relaciones sexuales sin condón, me niego a tener relaciones sexuales.                                 |                      |                            |  |                        |
| 19.- Evito tener contacto directo con la sangre de mi pareja sexual.   |                      |                            |  |                        |
| 20.- Me resulta difícil hablar de temas sexuales con mis parejas sexuales.   |                      |                            |  |                        |
| 21.- Inicío el tema de las relaciones sexuales seguras con mi posible pareja sexual.   |                      |                            |  |                        |
| 22.- Tengo relaciones sexuales con alguien que sé que es bisexual o gay.   |                      |                            |  |                        |
| 23.- Practico sexo anal sin usar condón.   |                      |                            |  |                        |
| 24.- tomo bebidas alcohólicas antes o durante las relaciones sexuales.   |                      |                            |  |                        |

**ANEXO 5**

**OFICIO DE AUTORIZACION**



Secretaría de Investigación

SI-482/2024

**LIC. GUILLERMO BERRONES CASTAÑÓN**  
Subdirector Escuela Preparatoria No. 22 Unidad Juárez  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Presente.-

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que el estudiante **LIC. ISRAEL GUADALUPE GARCÍA ALANÍS**, quien cursa el **Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería** que se oferta en esta Facultad, pueda recolectar datos, para la prueba final, de su estudio de tesis titulado, **"PERCEPCIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL, AUTOEFICACIA Y SEXO SEGURO DEL ADOLESCENTE"**. De ser favorecido con esta petición, consistirá en la aplicación de los siguientes instrumentos: 1) Profesionalidad de los Docentes en Educación sobre Sexualidad (SEPT, 2) Escala de Autoeficacia para la Prevención de Sida y 3) El Cuestionario de Conductas de Sexo Seguro, estos serán aplicados a 350 Estudiantes de Primer Semestre de Bachillerato de la institución que Usted dignamente dirige, en un tiempo aproximado de 30 minutos. Así también, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto fue revisado por el Comité de Investigación y de Ética en Investigación de esta Facultad de Enfermería, el día 03 de Mayo del 2024. Quedó registrado en esta secretaría con el número **FAEN-M-2027**.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente,  
"Alere Flammam Veritatis"

Monterrey Nuevo León, 26 de Septiembre de 2024



*Karla*  
**DRA. KARLA SELENE LÓPEZ GARCÍA**  
Secretario de Investigación

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN



PREPARATORIA No. 22  
UNIDAD JUÁREZ

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Ave. Dr. José Eleuterio González 1500. Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León, México C.P. 64460  
+52 81 8347 8096



La excelencia  
por principio  
la educación  
como instrumento



## ANEXO 6

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

CONSENTIMIENTO PARA PADRES



**Título de proyecto: Percepción de la educación sexual, autoeficacia y sexo seguro del adolescente.**

**Autores/Estudiantes: Lic. Enf. Israel Guadalupe García Alanís.**

**Director de Tesis/Asesor: Dra. María Aracely Márquez Vega.**

Estimado (a) Señor/Señora:

### **Introducción/objetivos:**

Se está realizando un proyecto de investigación para fines científicos para la acreditación y obtención del grado Maestría en Ciencias de Enfermería. El objetivo del estudio es conocer la relación que existe entre la autoeficacia de los adolescentes frente al sexo seguro y la percepción hacia los docentes sobre la impartición de la educación sexual con el fin de poder aportar información científica para el crecimiento y fortalecimiento del conocimiento acerca de la autoeficacia de los adolescentes frente al sexo seguro y la percepción de la educación sexual que imparte sus docentes.

El estudio se está realizando en esta escuela con autorización del comité de ética e investigación de la facultad de enfermería de la universidad autónoma de Nuevo León, del director de la escuela y de su persona.

### **Procedimientos:**

Para la aplicación de los cuestionarios se acudirá a la institución educativa y a los salones de clase donde los alumnos participantes serán seleccionados al azar Contando previamente con la aprobación de las autoridades escolares para realizar la investigación. Si Usted acepta que su hijo (a) participe en el estudio:

A usted le solicitaremos su consentimiento por escrito para que su hijo participe en el presente estudio donde el contestara tres cuestionarios. El llenado de las encuestas para su hijo (a) tendrá una duración aproximadamente de 15 minutos. En el tiempo del cual no interferirá con sus actividades académicas. Lo acordaremos en las aulas de la escuela de un horario previamente previsto y autorizado por la institución educativa.

A su hijo (a) se les aplicara tres cuestionarios referentes a datos personales en donde se le realizaran algunas preguntas acerca de su estado civil, grado académico, sexo, edad etc. Posteriormente contestara un cuestionario que medirá la percepción que tienen los adolescentes sobre la educación sexual que imparten sus docentes en donde se

le realizaran preguntas acerca de “mis profesores pudieron expresar claramente sus puntos de vista sobre aspectos relacionados con la educación sexual frente a nosotros”, “mis profesores podrían conseguir motivarnos para que nos sintamos cómodos al abordar temas relacionados con la educación sexual“ y “mis profesores convidarían hora de trabajar la educación sexual, aunque tienen que abordar otros temas en sus clases”. Finalmente, se le contestara un cuestionario que evalúa la autoeficacia de los adolescentes frente al sexo seguro donde se realizaran preguntas como “que tan seguro estas de ser capaz de decir no, cuando te propone tener relaciones sexuales alguien que has conocido hace 30 días o menos”, “que tan seguro estas de ser capaz de discutir sobre la prevención del sida con el novio/a” y “que tan seguro estas de ser capaz de usar correctamente el condón”.

### **Posibles Riesgos Potenciales/Compensación:**

Los riesgos potenciales que implican su participación en este estudio son mínimos. Si alguna de las preguntas le causara incomodidad, a su hijo(a) o a usted, tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, y tampoco implicará algún costo.

### **Beneficios:**

Ni Usted ni su hijo(a) recibirán un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta participar, estará colaborando para la investigación y determinar resultados de la percepción de la educación sexual y autoeficacia de los adolescentes frente al sexo seguro. Además, que con ello ayuda a crear y desarrollar programas de prevención para la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), prevención de VIH y embarazos no deseados.

### **Explique los compromisos del Investigador:**

La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos.

### **Compensación:**

No se dará ninguna compensación por participar en el estudio, sin embargo, estará colaborando para ayudar a las instituciones de salud para evitar las infecciones de transmisión sexual, los contagios por el VIH y los embarazos no deseados vayan en aumento en los adolescentes y buscar nuevas estrategias para la prevención a futuras generaciones.

### **Confidencialidad:**

Toda la información que su hijo nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el (la) autor(a) principal del proyecto de investigación y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted y su hijo(a) quedarán identificados(as) con un número y no con su nombre. Los resultados de

este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificados(as).

**Participación Voluntaria/Retiro:**

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en los servicios de salud y escuela.

**Preguntas:**

Si tienes alguna duda sobre este estudio o si requiere contactar al presidente del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, comuníquese al tel. 818347 8096 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León en un horario de 9:00 a 16:00 horas o si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: [investigación.faen@gmail.com](mailto:investigación.faen@gmail.com). Si usted acepta participar en el estudio le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

\_\_\_\_\_  
Firma y fecha del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Firma Del Investigador

\_\_\_\_\_  
Firma y fecha del primer Testigo

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Firma y fecha del segundo Testigo

\_\_\_\_\_  
Dirección



## ANEXO 7

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA



### CARTA DE ASENTIMIENTO INFORMADO

**Título de proyecto: Percepción de la educación sexual, autoeficacia y sexo seguro del adolescente.**

**Autores/Estudiantes: Lic. Enf. Israel Guadalupe García Alanís.**

**Director de Tesis/Asesor: Dra. María Aracely Márquez Vega.**

Mi nombre es Israel Guadalupe García Alanís soy estudiante de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Actualmente estoy realizando un estudio de investigación para conocer la relación que existe entre la autoeficacia de los adolescentes frente al sexo seguro y la percepción hacia los docentes sobre la impartición de la educación sexual para ello queremos pedirle que participe.

Tu participación en el estudio consistiría en: contestar una serie de preguntas por lo cual se te proporcionara dos formatos que contienen dichas preguntas las cuales deberás de contestar el 100% de las preguntas.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando alguno de tus padres haya dicho que puedes participar, si tu 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 problema, y será tu decisión continuar o no en el estudio.

Toda información que nos proporciones y/o mediciones que se realicen nos ayudaran a:

- Conocer la autoeficacia de los adolescentes sobre las Infecciones de Transmisión Sexual, prevención de VIH y embarazos no deseados.
- Conocer la percepción de los adolescentes hacia los docentes sobre la educación sexual.
- Aportar información científica para el crecimiento y fortalecimiento del conocimiento acerca de la autoeficacia de los adolescentes frente al sexo seguro y la percepción de la educación sexual que imparte sus docentes.

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 “Si quiero participar” y escribas tu nombre.

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

Si quiero participar

Si tienes alguna duda sobre este estudio, por favor contactar al presidente del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, comuníquese al tel. 818347 8096 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León en un horario de 9:00 a 16:00 horas o si lo prefiere puede escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: [investigación.fae@gmail.com](mailto:investigación.fae@gmail.com). Si usted acepta participar en el estudio le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

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

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

\_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

## ANEXO 8

### TRÍPTICO PRÁCTICAS SEXUALES SEGURAS

#### Métodos de protección

##### Condomes

- **Uso correcto:** usa un condón nuevo en cada relación sexual. Verifica la fecha de caducidad, abre el paquete con cuidado para evitar daños.
- **Condomes femeninos:** es una opción disponible para quienes prefieren este método.

##### Anticonceptivos

- **Métodos:** pastillas, DIU, implantes, inyecciones.

Es importante recordar que no todos protegen contra una ITS; sin embargo, ayuda a reducir el riesgo de infección.

##### PrEP y PEP

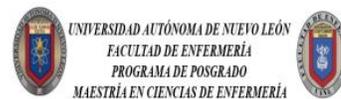
- **PrEP:** medicación preventiva para personas con alto riesgo de contraer VIH.
- **PEP:** medicación de emergencia después de una posible exposición al VIH.



#### Consejos para una Vida Sexual Saludable

- **Tener relaciones estables:** reducen el riesgo de ITS al limitar el número de parejas sexuales.
- **Chécate:** realízate pruebas regulares con frecuencia, especialmente al comenzar una nueva relación.
- **Comunícate:** habla con honestidad y abiertamente con tu pareja sobre el historial sexual y el uso de protección.
- **Consentimiento mutuo:** asegúrate de que ambas partes consientan de manera libre y clara.
- **Decisiones seguras:** evita el consumo de sustancias que puedan afectar la toma de decisiones.

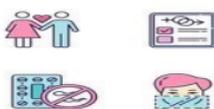
Cuidar de tu salud sexual es esencial para tu bienestar general. Practica el sexo seguro, infórmate y protege a tus seres queridos.



#### Prácticas sexuales seguras



#### ¿Qué son las prácticas de sexo seguro?



Son formas de prevenir el embarazo y la propagación de infecciones de transmisión sexual (ITS). Las prácticas de sexo seguro (caricias, abrazos, besos, masturbación, etc.) ayudan a disminuir o prevenir el intercambio de fluidos corporales durante el sexo.

Los fluidos corporales incluyen saliva, orina, sangre, flujo vaginal y semen.

El sexo oral, vaginal y anal puede propagar las ITS. El sexo seguro es tu mayor aliado. Si no usas protección corres el riesgo de contraer alguna ITS y poner en riesgo tu vida.

#### ¿Qué son las ITS?

Son infecciones que se transmiten por contacto sexual al tener sexo no protegido, uso de agujas contaminadas y algunas de ellas pueden transmitirse de la madre a su hijo durante el embarazo, al momento del nacimiento o en la lactancia.

Las ITS más comunes pueden ser causadas por:

 **BACTERIAS:** microorganismos patógenos que pueden causar enfermedades infecciosas.

 **VIRUS:** son agentes infecciosos microscópicos que solo pueden multiplicarse dentro de las células de otros organismos.

Las ITS más comunes son:

- **VIH:** Virus que afecta el sistema inmunológico.
- **Herpes:** Virus que causa llagas en la boca y genitales.

- **Clamidia:** Infección bacteriana que puede causar daños reproductivos si no se trata.
- **Gonorrea:** Infección bacteriana que puede afectar varias partes del cuerpo.
- **Sífilis:** Infección bacteriana que progresa en etapas si no se trata.
- **VPH:** virus que puede causar verrugas genitales y ciertos tipos de cáncer.

#### Síntomas y

#### Tratamiento

Los síntomas más comunes: dolor, picazón, secreción inusual, llagas.

Si padeces alguno de estos síntomas acude al médico para su tratamiento y diagnóstico adecuado



## ANEXO 9

### REPORTE DE LA PRUEBA PILOTO



**Título del Estudio:** Percepción de la educación sexual, autoeficacia y sexo seguro del adolescente.

**Autor:** Israel Guadalupe García Alanís

**Asesor:** Dra. María Aracely Márquez Vega

#### **Introducción**

La prueba piloto tuvo como objetivo evaluar la viabilidad de los instrumentos y procedimientos diseñados para el estudio principal, centrado en la percepción de la educación sexual, la autoeficacia y las conductas de sexo seguro en adolescentes de Monterrey, Nuevo León.

#### **Metodología**

**Diseño:** Estudio descriptivo con muestra no probabilística de 30 adolescentes (10% del total planeado para el estudio principal). **Participantes:** Jóvenes de 15 a 17 años, provenientes de una escuela preparatoria pública del área metropolitana de Monterrey.

#### **Instrumentos:**

1. *Profesionalidad de los Docentes en Educación sobre*

*Sexualidad:* Alfa de Cronbach = 0.91.

2. *Escala de Autoeficacia para la Prevención del Sida:* Alfa de

Cronbach = 0.92.

3. *Cuestionario de Conductas de Sexo Seguro*: Alfa de Cronbach = 0.79.

**Procedimiento:** Se aplicaron cuestionarios de manera presencial bajo supervisión, garantizando la confidencialidad y el consentimiento informado. El tiempo promedio de aplicación fue de 30 minutos. **Análisis de Datos:** Análisis descriptivo realizado con SPSS v22.0.

## **Resultados**

### *Características sociodemográficas:*

- Edad media: 15.77 años (DE = 0.817).
- Género: 76.7% femenino, 23.3% masculino.
- 26.7% reportó haber iniciado actividad sexual.

**Consistencia interna de instrumentos:** Los tres instrumentos presentaron niveles aceptables de confiabilidad, confirmando su idoneidad para el estudio principal.

## **Conclusiones**

La prueba piloto validó la factibilidad del diseño del estudio, evidenció la claridad de las instrucciones y permitió ajustar tiempos de aplicación. También facilitó la identificación de posibles desafíos logísticos para la implementación en una muestra más amplia.

## **Resumen Autobiográfico**

**Lic. Israel Guadalupe García Alanís**

**Candidato para Obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería**

**Tesis:** PERCEPCION DE LA EDUCACION SEXUAL, AUTOEFICACIA Y SEXO SEGURO DEL ADOLESCENTE

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

**Biografía:** Nacido en la ciudad de Juárez, Nuevo León el 2 de julio de 1996, Hijo de la Sra. Guillermina Alanís Rodríguez y el Sr. José Andrés García Garza.

**Educación:** Egresado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León con grado de Licenciado en Enfermería en el año 2019. Miembro del Grupo de Estudiantes de Enfermería Contra las Adicciones (GREECA) durante la Licenciatura. Becario de la Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación (SECIHTI) para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León, Durante el periodo 2023-2025. Miembro activo de Sigma Theta Tau International; Capítulo Tau Alpha.

**Experiencia Profesional:** Enfermero en el área de Urgencias, Hospitalización, Terapia Intensiva, Personal de primera Línea durante la pandemia del COVID-19 y aplicación de vacunas de la misma enfermedad y Terapia Quirúrgica (Actualmente) desde el 2019 hasta la actualidad en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, coordinador de práctica clínica en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León desde febrero del presente año.

**Investigación:** Estancia de Investigación en la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de Chihuahua (UACH), junio 2024. Participación como ponente en modalidad de cartel en el I Congreso Internacional para el Cuidado de la Salud: “Transformando el cuidado hacia una visión humanista de calidad basada en la ciencia, tecnología e investigación” organizado por la Escuela de Enfermería CHRISTUS MUGUERZA-UDEM, noviembre 2024.

**E-mail:** isra.igga@gmail.com