



**UNIVERSIDAD DE MONTERREY**

Vicerrectoría

**Ciencias de la Salud**

**Licenciatura en Enfermería**

**Autoeficacia del uso de condón masculino en adolescentes**

Autor

27720 María Cristina Osuna Rodríguez

San Pedro Garza García, N.L., 2019.



**UNIVERSIDAD DE MONTERREY**

Vicerrectoría

**Ciencias de la Salud**

**Licenciatura en Enfermería**

**Autoeficacia del uso de condón masculino en adolescentes**

Autor

27720 María Cristina Osuna Rodríguez

Asesor

Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila

San Pedro Garza García, N.L., 2019.

**AUTOEFICACIA DEL USO DE CONDÓN MASCULINO EN  
ADOLESCENTES**

Aprobación de Tesis;

---

**Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila**  
Asesor de Tesis

---

**Lic. Patricia Addarith Magaña Lozano, MCE.**  
Presidente

---

**Lic. Socorro Flores Leal, MCE.**  
Secretaria

---

**Lic. Francisca Pérez Camacho, MCE.**  
Vocal

---

**Lic. Patricia Addarith Magaña Lozano, MCE.**  
Director Escuela de Enfermería

## **Agradecimientos**

Gracias a la Universidad de Monterrey por formar profesionales de excelencia académica.

A la Escuela de Enfermería Christus Muguerza-UDEM por su eficacia, vocación, capacitación y formación de profesionales en enfermería.

A la MCE. Patricia Addarith Magaña Lozano por su ejemplo, liderazgo e innovación educativa en busca de formar profesionales de enfermería de alta calidad humana.

A la Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila por su tiempo, dedicación, conocimiento y motivación para desempeñar el presente proyecto.

## **Dedicatoria**

Principalmente a mis hijos Cristina y Rodrigo Náder Osuna por todo su amor, paciencia y apoyo para cumplir este sueño, sin ustedes no lo hubiera logrado.

A mi madre, la Sra. María del Pilar Rodríguez de Osuna y mi padre, el Sr. Gregorio Osuna Cobos que desde el cielo es mi fuente de inspiración.

A mis hermanas la Srita. Irma Osuna Rodríguez y la Sra. María del Pilar Osuna de Gutiérrez que siempre me apoyaron y animaron a seguir adelante.

A mi cuñado el Sr. Juan José Gutiérrez, mis sobrinos Pilar, Sophia, Juan José y María José por su amor incondicional.

A la MCE. Carolina Solano por su calidez, preocupación y apoyo como una mamá para nosotros sus alumnos.

A la MCE. Francisca Pérez por estar al pendiente en cada momento.

A todos los maestros que nos enseñaron con tanto gusto, dedicación y compartieron su experiencia, son el corazón de la Escuela de Enfermería.

Mis amigas de siempre por su motivación y apoyo.

A mis compañeros de generación que ahora son parte de mi familia, los llevaré en el corazón por siempre.

A la Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila por su ejemplo, su entusiasmo y actitud que nos alienta para superarnos.

## RESUMEN

**María Cristina Osuna Rodríguez**  
Escuela de Enfermería UDEM Campus Christus  
MUGUERZA Hospital General Conchita

**Fecha de  
Graduación:**  
22 Noviembre  
2019

**Título del Estudio:** AUTOEFICACIA DEL USO DE  
CONDÓN MASCULINO EN ADOLESCENTES

**Número de Páginas:** 76

**Área de Estudio:** Comunitario

Candidato para  
obtener el grado  
de Licenciatura  
en Enfermería

**Propósito y Método de Estudio:** se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de describir el nivel de autoeficacia del uso de condón masculino en adolescentes. Participaron en el estudio 193 adolescentes, entre 12 y 15 años de edad, estudiantes de secundaria, en el municipio de San Nicolás de los Garza, Nuevo León. Se les entregó a los estudiantes asentimiento informado, consentimiento informado, cédula de datos y el instrumento "Escala de autoeficacia para el uso de condón" (Brafford & Beck, 1991). El muestreo fue aleatorio simple y la muestra fue estimada para un nivel de confianza del 95%, con un margen de error del 5%. Los datos obtenidos fueron procesados a través del Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versión 22) utilizando frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar.

**Contribución y conclusiones:** La mayoría de los adolescentes obtuvo un nivel de autoeficacia del uso de condón masculino bajo, con una media de 60.30 ( $DE=19.80$ ). En cuanto a la edad, los adolescentes de 15 años reportaron una puntuación media mayor de 69.00 ( $DE=1.41$ ), los participantes de 14 años una media de 64.79 ( $DE=22.08$ ), seguido por los de 13 años con una media de 60.08 ( $DE=19.23$ ) y por último los adolescentes de 12 años una media de 55.61 ( $DE=17.11$ ) la puntuación obtenida por edad los sitúa en un nivel de autoeficacia bajo. Y en relación al sexo, fueron los hombres quienes reportaron una mayor puntuación de media 63.97 ( $DE=19.11$ ) y las mujeres una media de 55.74 ( $DE=19.81$ ) la puntuación obtenida en ambos sexos representa un nivel de autoeficacia bajo.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: \_\_\_\_\_

## SUMMARY

**María Cristina Osuna Rodríguez**  
Escuela de Enfermería UDEM Campus Christus  
MUGUERZA Hospital General Conchita

**Graduation date:**  
November 22,  
2019

**Study title:** SELF-EFFECTIVE OF THE CONDOM USE IN ADOLESCENTS

Candidate to  
obtain nursing  
degree

**Number of pages:** 76

**Study area:** Comunitary

**Study purpose and Methods:** a descriptive study was conducted with the objective of describing the level of self-efficacy of the condom use in adolescents. The present study was carried in 193 adolescents, between 12 and 15 years old, from San Nicolás de los Garza, Nuevo León secondary school. Students were given informed consent, informed assent, data card and "The Condom Use Self-Efficacy Scale" (Brafford & Beck, 1991). The sampling was simple random and estimated for a confidence level of 95%, with a margin of error 5%. The data obtained were processed through Statistical Package for the Social Sciences (SPSS version 22) using frequencies, percentages, mean and standard deviation.

**Contribution and Conclusions:** The majority of adolescents obtained a low level of self-efficacy in the condom use, with an average of 60.30 ( $SD = 19.80$ ). Regarding age, 15-year-old adolescents reported an average score greater than 69.00 ( $SD = 1.41$ ), 14-year-old participants averaged 64.79 ( $SD = 22.08$ ), followed by 13-year-olds with an average of 60.08 ( $SD = 19.23$ ) and finally 12-year-old adolescents an average of 55.61 ( $SD = 17.11$ ), the score obtained by age places them at a low level of self-efficacy. In relation to sex, it was men who reported a higher average score of 63.97 ( $SD = 19.11$ ) and women an average of 55.74 ( $SD = 19.81$ ), the score obtained in both sexes represents a low level of self-efficacy.

SIGNATURE OF THE TESIS DIRECTOR: \_\_\_\_\_

## Tabla de contenido

Contenido	Página
1. Capítulo I. Introducción	1
1.2 Antecedentes	4
1.3 Marco conceptual	10
1.4 Justificación	17
1.5 Definición del problema	19
1.6 Objetivo general	21
1.7 Objetivos específicos	21
2. Capítulo II. Material y métodos	22
2.1 Diseño de estudio	22
2.2 Población	22
2.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestreo	22
2.4 Criterios de selección	22
2.5 Definición de variables sociodemográficas y unidades de medida	23
2.6 Definición de variables y unidad de medida	24
2.7 Recolección de información	25
2.7.1 Selección de fuentes y métodos	25
2.7.2 Técnicas y procedimientos en la recolección de la información	25
2.7.3 Plan de procesamiento	26
2.8 Aspectos éticos	26
3. Capítulo III. Resultados	28
3.1 Características sociodemográficas	28
3.2 Estadísticos descriptivos de las variables de estudio	29



## **Tabla de contenido**

Contenido	Página
3.3 Consistencia interna del instrumento aplicado	36
4. Capítulo IV. Discusión	37
4.1 Limitaciones del estudio	44
4.2 Conclusiones	44
4.3 Recomendaciones	45
Referencias	50
Apéndices	
Apéndice A. Aprobación Comité de Ética en Investigación y Comité de Investigación	66
Apéndice B. Consentimiento informado	67
Apéndice C. Asentimiento informado	69
Apéndice D. Cédula de datos sociodemográficos	71
Apéndice E. Instrumento Escala para la autoeficacia del uso de condón (Brafford & Beck, 1991)	72

## **Lista de Tablas**

Tabla	Página
1. Definición de variables sociodemográficas y unidades de medida	23
2. Definición de variables y unidades de medida	24
3. Características sociodemográficas de los adolescentes	28
4. Autoeficacia del uso de condón masculino en los adolescentes	31
5. Nivel de autoeficacia del uso de condón masculino de acuerdo a la edad y sexo en los adolescentes	35

## **Capítulo I**

### **Introducción**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), sitúa al adolescente en edades comprendidas entre los 10 y 19 años, periodo de vida que implica enfrentar experiencias, habilidades, conocimiento y desafíos exponiéndolos a situaciones de riesgo que atentan contra su salud sexual y reproductiva. En México existen 22.4 millones de adolescentes entre los 10 y los 19 años, de los cuales el 23% iniciaron vida sexual entre los 12 y 19 años, promedio de edad nacional para el inicio de relaciones sexuales con penetración de 15.9 años (Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente [ENAPEA], 2017).

En base a lo anterior, los adolescentes tienen conductas sexuales de riesgo, destacando el no uso del condón a 16 millones de niñas entre 15 y 19 años que se convierten en madres cada año de las cuales 2.5 millones son menores de 16 años (OMS, 2015). El Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), informa que México ocupa el primer lugar de embarazo adolescente entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2017).

Otra de las consecuencias del no uso del condón es el contagio de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) agrupando a más de 30 bacterias, virus y parásitos que se propagan por contacto sexual, sanguíneo, embarazo, parto o lactancia (OMS, 2016). En México, el 35% de los pacientes con enfermedades venéreas son jóvenes de 12

a 17 años registrándose entre las más comunes: sífilis, clamidiasis, herpes genital, candidiasis y las infecciones asintomáticas de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, 2017).

El comportamiento de los adolescentes del no uso del condón denota que no son autoeficaces. Se entiende por autoeficacia al modo como la persona actúa, piensa y se comporta ante la convicción al enfrentar con confianza conductas consideradas como prácticas sexuales de riesgo (Sánchez, 2006). Es un constructo que integra la creencia sobre su capacidad para manejar debidamente las acciones en la vida (Sanjuán, Pérez, & Bermúdez, 2000).

Las prácticas de uso de condón en adolescentes mexicanos se ha encontrado que el comportamiento en su primera y futuras relaciones sexuales están vinculadas a las condiciones socioeconómicas, culturales y desacuerdo entre la pareja para uso de condón (De Jesús-Reyes & Menkes-Bancet, 2014), así como la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica del 2014 (ENANID), dieron a conocer las razones por las cuales las adolescentes no utilizaron ningún método anticonceptivo en el inicio de relaciones sexuales señalando el desconocimiento, la falta de planeación en tener relaciones sexuales y la oposición de la pareja (ENAPEA, 2017; CONAPO, 2014).

En 2017, un estudio realizado por Villalobos, De Castro, Rojas y Allen reportaron que el 24.9% de los hombres y el 25% de mujeres adolescentes mexicanos no utilizaron condón en su debut sexual, asociando en varones las necesidades insatisfechas de anticoncepción

que predispone a no utilizarlo en la próxima relación y en mujeres se vinculó la baja autoeficacia en su uso y fallar en negociar su uso.

Ante lo expuesto, el papel de enfermería será promover la autoeficacia del uso de condón masculino, generar mayor conciencia entre los adolescentes como medida preventiva de salud mediante pláticas educativas, proveer información relacionada con el uso del condón, realizar talleres de práctica, dar respuesta a dudas y propiciar el diálogo entre sus padres, familiares, o amigos cercanos en busca de conocimiento relacionado al tema de sexualidad. El propósito del presente trabajo fue describir el nivel de autoeficacia del uso del condón masculino en adolescentes.

## **1.2 Antecedentes**

Yu et al. (2018) realizaron un estudio en base al modelo de catástrofe de cúspide encadenado en dos pasos entre adolescentes de Bahamas en 1970 estudiantes en edad media de 16.9 años con el objetivo de conocer la influencia de los compañeros-pares-parejas para promover la autoeficacia de uso del condón en adolescentes. Los resultados obtenidos dada la influencia de las parejas-pares impactaron en 11.96% para habilidades del uso de condón y en 4.36% para la autoeficacia de uso de condón.

Eversole, Berglas, Deardorff, y Constantine (2017) realizaron un estudio correlacional estratificado por género en 10 escuelas públicas de California, U.S.A., su población en su mayoría latinos en edad media 14.2 años con el objetivo de examinar las fuentes de información sexual que reciben los adolescentes e influirán en su debut sexual. Los resultados obtenidos fueron la información primaria se obtenía en 37.8% de parte de sus padres, el 17.1% la obtenían de algún familiar, 13.4% en la escuela y 11.4% por amigos, los menos comunes los proveedores de servicios de salud 7.6%, medios como Internet 7.4% y pares en 5.3%. El 70% hará uso del preservativo en su próxima relación, el 22% probablemente, 3.5 posiblemente no y el 3.6% no. El 94% de las mujeres definitivamente usará condón en su futura relación vs hombres con el 91.9%.

Ritchwood, Penn, Peasant, Albritton y Corbie-Smith (2017) aplicaron un estudio predictivo de regresión lineal a 465 estudiantes de secundaria 6 a 9 grado afro-americanos edad media 12.5 años en Carolina del Norte, con el objetivo de examinar el impacto que causa la comunicación sexual entre padres e hijos con respecto a la actitud

y conocimiento que contribuyen a la autoeficacia y uso de condón. Los resultados obtenidos respecto a la autoeficacia del uso de condón, se relacionaron a mayor conocimiento hacia el uso del condón en un 20%, la comunicación proveniente de amigos favorece en un 13% y la menos conveniente la obtenida entre padres e hijos en ( $\beta=.14;p<.05$ ).

Uribe, Ria, Bonilla, Carrillo, Hern y Baham (2017) realizaron un estudio descriptivo correlacional y predictivo en 308 estudiantes de Cúcuta, Colombia, con el objetivo de determinar en qué medida la percepción de autoeficacia, la baja percepción de riesgo y el rechazo del uso del condón se relacionan con el uso del condón en las relaciones sexuales de jóvenes colombianos. Los resultados obtenidos en el grupo de hombres el 75% lo usa en la penetración, un 13.3% solo para eyacular y un 11.7% no lo usa. El 61.7% de las mujeres lo utiliza antes de la penetración, 10% antes de la eyaculación de su pareja y un 28.3% no lo usa.

Barral et al. (2016) realizaron un estudio cuantitativo en 127 estudiantes mexicanos viviendo en Kansas U.S.A., 37% sexualmente activos en edad media de 16.5 años y 226 estudiantes mexicanos, 80% sexualmente activos que viven en el Estado de Hidalgo, México, de edad media menor a los 16 años. El objetivo fue comparar actitudes, creencias y conocimientos sobre anticoncepción y sexualidad en adolescentes mexicanos que viven en U.S.A. y México. Los resultados fueron el 54% de los adolescentes en U.S.A. utilizaron condón en su última relación y solo el 17% de los adolescentes en México utilizó condón en el último coito. Se encontraron concordancias en 20% para ambos países por presentar al menos 1 embarazo no deseado. La información sobre sexualidad la recibieron

de familiares y amigos cercanos el 41% y 30.9% respectivamente. Ambos creen embarazarse independientemente de uso de anticoncepción 27.3% y 24.8% respectivamente.

Torres, Lau y Flores (2015) realizaron un estudio reclutando estudiantes de secundaria en Estados Unidos en su mayoría población latina, estratificado por edad y género entre 8 grupos que fueron grabados en audio y transcritos, utilizando la teoría basada en desacuerdo que resolvieron mediante consenso. La edad media de los participantes 16.9 años. El objetivo examinar estrategias para prevenir embarazo adolescente en estudiantes latinos que viven U.S.A. Los resultados encontrados en los latinos fueron la edad de embarazo adolescente 16.9 años, el 71% utiliza el método de retirada y la decisión de utilizar o no el condón proviene del varón.

Brito, Davism y Chakrabarti (2014) realizaron una encuesta en 364 estudiantes de secundaria de República Dominicana y U.S.A. con edad media de 15 años, con el objetivo de evaluar y comparar el conocimiento y percepción de las ITS en relación a las conductas sexuales en ambos adolescentes por edad, género y nacionalidad. Los resultados de estudiantes latinos sobre la información sexual el 23% la obtuvo en la escuela y 20% desde casa; mientras que los americanos el 58% en escuela y solo el 1% por parte de sus padres. Los latinos informaron disminución en el placer sexual en el 63% como la razón principal para no usar un condón, mientras que 47% de los norteamericanos no utilizaron condón por olvido. Solo el 41% de la muestra son sexualmente activos y respondieron correctamente al saber que los condones deben ajustarse bien en la base del pene, y el



aire debe ser exprimido de la punta antes del coito. No hubo diferencia en el conocimiento del uso del condón por nacionalidad.

Eggers, Aaro, Bos, Mathews y De Vries (2014) realizaron un estudio basado en aplicar la encuesta denominada HIV SATZ en una primera ocasión, después a los 6 meses y finalmente a los 14 meses en 26 escuelas secundarias de Sudáfrica, la edad media fue de 14.3 años de los cuales 66% sexualmente activos. El objetivo fue incrementar el nivel de conocimiento para favorecer la actitud en autoeficacia pro-condón. Los resultados encontrados acerca del uso de condón en la última relación sexual al inicio del estudio fue el 30.0%, a los 6 meses el 31.7% y un incremento del 36.1% a los 14 meses de seguimiento. Sobre la intención de usar un condón en la futura relación sexual se obtuvo un incremento del 81.3% que usarían condón en su siguiente coito, el 6.6% dudaba y el 12.1% no tenía intención de usarlo. En cuanto al conocimiento a los 6 meses aumentó en 58%, una actitud favorable para uso de condón en general ( $M=3.95$ ,  $SD=0.77$ ) y capacidad para usar condón con una puntuación media de autoeficacia del 3.95 ( $SD=0.73$ ).

Orcasita et al, (2018) realizaron un estudio de análisis tipo transversal descriptivo en 23 colegios de Cali, Colombia entre 778 estudiantes de escuelas públicas y privadas. Con el objetivo de caracterizar los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de hombres adolescentes en ambas instituciones en edad media de 15.3 años. Los resultados acerca de las principales razones de no uso del condón para ambos grupos fue la confianza en la pareja con el 64% en escuelas públicas y el 73% en privadas, el hecho de tener relaciones exclusivas con una sola persona 51% públicas y 60%

privadas. Aproximadamente, el 33% de los participantes de ambos grupos señalaron que no usaron preservativo porque fue difícil conseguirlo o les ganó la emoción en el momento.

Estrada, Campero, Suárez-López, de La Vara-Salazar y González-Chávez (2017) realizaron un estudio transversal en 448 estudiantes de Puebla y Morelos del sexo masculino en edad media 14.4 años con el objetivo de identificar la asociación entre conocimiento sobre riesgo de embarazo y autoeficacia en el uso del condón, relacionados con el apoyo parental y factores escolares. Los resultados encontrados el 54% de los hombres cuenta con los conocimientos y riesgo de embarazo existe desde el primer encuentro sexual, el 67.4% sabe el momento y la manera de colocarse el condón, el 61.6% se percibe autoeficaz en el uso del condón, el 50% para comunicarse con la pareja y solo el 32.8% es capaz de negarse a tener relaciones si no utiliza el condón.

Panneflex, Salazar y Munive (2016) realizaron un estudio cuantitativo de características descriptivas y corte trasversal en 64 estudiantes adolescentes en edad media de 16 años del Barrio Santa Marta, Colombia. Con el objetivo de describir la información, la actitud y las acciones, que tienen los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos, los motivos para no utilizarlos y los factores que inciden en esta decisión. Los resultados de la muestra el 53.1% hombres y 46.9 % mujeres, los cuales el 43.8% son sexualmente activos eligiendo como método de preferencia el condón, además la decisión de usar o no protección la realiza el hombre en un 31.3% y la mujer en un 12.5% mostrando mayor influencia de parte del hombre. El 79.7% se sienten expuestos si no utilizan los métodos

anticonceptivos (MAC), de estos el 48.8% piensan que usar anticonceptivos tiene efectos secundarios como engordar y esterilidad razón por la cual, algunos adolescentes prefieren evitarlos. Las fuentes de información sexual provienen de la escuela con el 62.5%, de la calle 15.6%, centros especializados el 12.5% y amigos el 7.8%.

Teva, Bermúdez y Ramiro (2014) realizaron un estudio descriptivo transversal en poblaciones mediante encuestas probabilísticas de tipo aleatorio estratificado entre 1504 estudiantes españoles en edad media de 16.3 años, con el objetivo de evaluar y analizar la relación entre satisfacción sexual y el uso del preservativo en adolescentes. Los resultados encontrados en hombres el 16.2% y el 13.9% de mujeres no utilizaron condón en su primera relación sexual, vinculado a no utilizarlo en los dos últimos meses en 33.5% y 38.4% respectivamente. El 33.6% de los varones presentaron una actitud positiva hacia el uso del condón y el 5.39% de satisfacción personal, las mujeres en 35.36% sobre actitud positiva y el 4.97% de satisfacción sexual.

### **1.3 Marco Conceptual**

La adolescencia es un periodo fundamental en el desarrollo del individuo que es caracterizado por profundos cambios físicos, psicológicos y sociales; así como por algunos otros factores relacionados con su sexualidad tales como el inicio temprano del debut sexual, las conductas sexuales de riesgo y la escasa autoeficacia de uso del condón masculino. La autoeficacia requiere de habilidades necesarias para adquirir, colocar, desechar, negociar, así como saber comunicar en forma oportuna, con asertividad y sin prejuicios con la pareja el uso del condón en el momento adecuado y en cualquier situación. De esta manera, la capacidad del uso correcto del condón masculino contribuye previniendo el embarazo precoz y la exposición al contagio de ITS por contacto sexual sin protección.

El embarazo adolescente se ha convertido en un fenómeno a nivel global, convirtiéndose en la primera causa de muerte adolescente debido a complicaciones durante el embarazo y parto. Así mismo, las ITS causadas por más de 30 bacterias, virus y parásitos que se propagan por contacto sexual, ocho de estas infecciones son las más comunes y dentro de estas se encuentran como curables la sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis, por otra parte las incurables, hepatitis B, herpes, VIH y VPH de modo que estas infecciones virales tomando tratamiento se pueden mitigar (OMS, 2019).

Cabe mencionar que el contagio del VIH y VPH son de los más comunes y traen consigo consecuencias graves y delicadas en la vida. Respecto al VIH el número de adolescentes infectados a nivel mundial es de 1.2 millones de jóvenes entre 15 y 19 años (UNICEF, 2017), el

VIH infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función produciendo un deterioro progresivo, llamado "inmunodeficiencia". El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. Su modo de propagación son las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes y de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia (OMS, 2019).

Instituciones a nivel internacional han creado diversos programas para disminuir los altos índices de casos de personas infectadas por VIH, ya que hasta el momento se han reportado 36.9 millones de personas diagnosticadas con el virus (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], 2016). Una de las formas que más se ha difundido para prevenirlo es la utilización correcta y consistente del condón; sin embargo, a pesar de que existe información sobre cómo usarlo y por qué se debería usar, las personas no lo utilizan en sus relaciones sexuales, lo que propician el riesgo de contraer VIH/SIDA (ONUSIDA, 2014) ONUSIDA (2016).

El VPH es la infección vírica más frecuente del aparato reproductor, segundo tipo de cáncer más frecuente en mujeres de países subdesarrollados, se estima que en 2018 hubo 570, 000 nuevos casos y cobró la vida de 311,000 mujeres, su medio de transmisión la vía sexual o por contacto directo en la zona genital sin necesidad de penetración, el cáncer puede afectar las zonas anal,

vulvar, vaginal, peneano y orofaríngea, al mismo tiempo pueden provocar verrugas genitales y papilomatosis respiratoria una enfermedad caracterizada por la aparición de tumores en las vías respiratorias que van de la nariz y la boca hasta los pulmones (OMS, 2019).

Jóvenes entre 14 y 17 años han mantenido el 87% de prácticas sexuales de riesgo sin uso de condón, considerando el promedio inicio de vida sexual de 14.5 años (Grisales, Castaño, Colorado, & Rodas, 2014). Ante esto, los adolescentes representan una sexta parte de la población a nivel mundial y la OMS los señala como personas en edades comprendidas entre los 10 y 19 años, etapa de vida que implica afrontar experiencias que los expone a atravesar por situaciones de riesgo que atentan contra su salud sexual y reproductiva. Con respecto, a la salud sexual y reproductiva la define como “un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad”, que involucra experiencias sexuales satisfactorias, libres, seguras sin violencia ni discriminación (OMS, 2019).

En base a esto, la autoeficacia se define como la capacidad o convicción personal que tiene el sujeto y pueda ejecutar exitosamente la conducta requerida para actuar o producir un resultado en una situación, actividad o dominio, se hace referencia al grado de confianza en las capacidades propias para manejar adecuadamente ciertas situaciones de la vida (Bandura, 1997). También coincide, la autoeficacia en un sentido amplio, entendiéndola como un constructo global que hace referencia a la creencia estable que tiene un individuo sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de situaciones cotidianas (Sanjuán, Pérez, & Bermúdez, 2000). Con

esa finalidad, tener conocimientos sobre riesgo de embarazo y la autoeficacia en el uso de condón son componentes de conductas sexuales seguras para evitar embarazos (Pick, Givaudan, & Poortinga, 2003).

Al respecto, la educación contribuye para el desarrollo de competencias académicas y cognitivas (Huebner, Gilman, Reschly, & Hall, 2011), además de socializar ideas relacionadas con género, sexualidad y reproducción (Epstein, & Johnson, 2000), por lo cual podría incrementar el conocimiento sobre prevención del embarazo y disminuir comportamientos sexuales de riesgo (Kirby, Laris, & Rolleri, 2007).

En consecuencia, la conducta de riesgo se puede presentar de forma particular, con los amigos, con la pareja, en la escuela y vida cotidiana de manera que los cambios asociados con esta variedad de situaciones sugiere que el adolescente tendrá la habilidad y capacidad necesaria para evitar involucrarse en conductas que ponen en riesgo su salud en situaciones o contextos. (Dijkstra & De Vries, 2000; Faganet et al., 2003; Gwaltney et al., 2001; López & Moral, 2001; Martín et al., 1995; Oei et al., 2007; Oei & Morawska, 2004; Sitharthan et al., 2003; Young et al., 2007).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (Hernández, Villalobos & Rauda, 2006), con respecto a las prácticas sexuales y uso del condón en jóvenes adolescentes del total de adolescentes encuestados, el 14.4% reportó tener relaciones sexuales; de éstos el 56.6% de las mujeres así como el 29.6% de los hombres no utilizaron condón ni algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Al mismo tiempo, el conocimiento que los

adolescentes tienen sobre distintos aspectos relacionados con la sexualidad sigue siendo deficiente; en este sentido, la conducta sexual en jóvenes se está llevando a cabo en situaciones de riesgo (Chávez, Petrzelová, & Zapata, 2009).

Aunado a la situación, los preservativos deben estar fácilmente disponibles universalmente, con carácter gratuito o a un precio razonable y fomentarse de un modo tal que ayude a salvar los obstáculos sociales y personales a su uso (ONUSIDA y UNFPA, 2009). En relación a las implicaciones, el riesgo y la vulnerabilidad de los jóvenes al VIH se manifiestan en conductas sexuales individuales relacionados con el ambiente proximal de los jóvenes, como su familia, amigos y otros como el ingreso, educación, características de la comunidad. (Kirby, Lepore, & Ryan, 2005).

Otra tarea prioritaria son los métodos de prevención empleados en estudios de comportamiento y en intervenciones comunitarias de prevención del SIDA PRECEDE "Predisposing, Reinforcing and Enabling causes for Educational Diagnosis Evaluation". (Green, & Kreuter, 2001) y (Fernández, Falíde, Bimbela, & Alfaro, 2008). En virtud, los adolescentes y jóvenes presentan déficit en el nivel de autoeficacia y susceptibilidad frente al VIH/SIDA, por las características propias de su edad, lo que desencadena la ejecución de comportamientos de riesgo para la infección por VIH, y los convierte en una población vulnerable frente a esta infección (Uribe, Vélez, & Barona, 2009).

Pons-Salvador, Miralles, & Guillen en 2010, refieren como asertividad sexual en jóvenes universitarios que declaran ser sexualmente activos y utilizan el condón de forma consistente en un 95% y, el 97% consideran su uso un método eficaz y seguro que



previene el VIH/SIDA. Por el contrario la actitud desfavorable acerca del uso de condón en las relaciones sexuales, atribuibles a reducir el placer durante el coito.

La dinámica social-cultural como los valores asociados a la búsqueda de placer sexual y el machismo presente en nuestro contexto, acentúan las relaciones sexuales desprotegidas, en el sentido que para los adolescentes hombres y mujeres consideran más importante evitar un embarazo que contraer alguna enfermedad de transmisión sexual y, las creencias erróneas respecto al uso del condón en las relaciones sexuales con el uso inconsistente del condón asociado al estado subjetivo de "estar enamorado" (Uribe, González, & Santos, 2011).

Vinculado al concepto, se probaron dos modelos estructurales socio-cognitivos para evaluar el efecto directo que causan sobre el uso del condón en adolescentes, el conocimiento sobre uso del condón y su uso debe ser mediado por la actitud favorable hacia la influencia social, o norma subjetiva y la percepción de autoeficacia (Eggers, Aar, Bos, Mathehews, & De Vries, 2014).

Por otra parte, los adolescentes cumplen un rol fundamental en el desarrollo de los países en el corto y mediano plazo por ser los hacedores del futuro económico y social; sentando bases para las próximas generaciones y realizando modificaciones a la sociedad. Por ello, uno de los objetivos del desarrollo sostenible es la equidad de género que forma parte de su desarrollo integral (The Full List of the 17 United Nations Sustainable Development Goals, 2016). Vinculado al concepto social de género de ser varón o mujer relacionada con la

capacidad de negociación, en el manejo de su sexualidad, de la asertividad en relación al uso de anticonceptivos.

Si bien es cierto, las medidas de protección que eligen los adolescentes varones es el condón, la anticoncepción oral de emergencia y el retiro; las mujeres optan por la anticoncepción oral de emergencia, seguida de inyectables y la píldora. Aun cuando, existe el conocimiento sobre anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual la conducta sexual del adolescente es ineficaz (Jerónimo, Alvarez, Carbonel, & Neira, 2009). Con esa finalidad, se han generado intervenciones educativas, promocionales y preventivas diseñadas para mejorar la efectividad de acuerdo al género, considerando cada vez la mayor evidencia científica reportada (Organización Panamericana de la Salud, 2007; Decreto Supremo que aprueba el Plan multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes y constituye la Comisión Multisectorial Permanente encargada del seguimiento, monitoreo y evaluación N°012-2013-SA, 2013).

De las evidencias anteriores se hace necesario que los adolescentes sean personas capaces de mantener su salud sexual en buen estado, promoviendo la autoeficacia del uso de condón masculino como práctica de sexo seguro que funcione como método anticonceptivo que prevenga el embarazo adolescente y disminuya el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual.

## **1.4 Justificación**

Existen artículos que mencionan la cantidad de personas infectadas a nivel mundial por ITS de los cuales 39.9 millones padecen el VIH y 1.2 millones son jóvenes entre 15 y 19 años (UNICEF, 2017) (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], 2016), en el año 2018 surgieron 570,000 nuevos casos de VPH que cobraron la vida de 311,000 mujeres en el mundo (OMS, 2019).

Por su parte, la OMS menciona que las complicaciones durante el embarazo y parto se han convertido en la primera causa de muerte en embarazo adolescente. Actualmente, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) ha reportado 77 nacimientos por cada 1,000 adolescentes al año en México de los cuales 48.5% de los embarazos no fueron planeados ni deseados (Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente [ENAPEA], 2017).

De acuerdo al Fondo de Población de las Naciones Unidas los adolescentes ocupan el 18% de la población global (United Nations Population Found [UNFPA], 2018). Llama la atención, serán la generación que construirá el futuro del mundo y debido a la etapa por la que atraviesan, la falta de madurez física y emocional, su escasa experiencia los convierte en individuos vulnerables para enfrentar con asertividad situaciones de peligro que los lleva a exponer la propia salud y la de los demás.

En este caso es necesario describir la autoeficacia del uso de condón masculino en adolescentes para fomentar de manera oportuna intervenciones necesarias que aporten mayor conocimiento sobre ITS, prevención de embarazo adolescente, la importancia de crear

conciencia entre este grupo de edad que incremente su confianza generando actitudes favorables para el uso del condón masculino y disminuyan las conductas de riesgo.

De las evidencias anteriores, se pueden generar nuevas investigaciones que apoyen el bajo conocimiento que tienen los adolescentes sobre ITS, embarazo adolescente y el deficiente nivel de percepción de riesgo ante escenarios de amenaza por conductas inseguras en su desempeño sexual.

## **1.5 Definición del problema**

Diversos estudios relacionan la capacidad de uso del condón masculino en adolescentes y lo han vinculado al no utilizarlo en su primera relación coital que repercute en su uso para futuras relaciones, destacando la influencia cultural, el nivel socioeconómico, el desequilibrio de negociación, aunado a esto la falta de conocimiento y planeación que intensifican la oposición al uso del condón (De Jesús-Reyes, & Menkes-Bancet, 2014) (ENAPEA, 2017; CONAPO, 2014).

Describimos autoeficacia a la manera de como la persona piensa, actúa y se comporta ante la seguridad para enfrentar con confianza las conductas consideradas como prácticas sexuales de riesgo (Sánchez, 2006). Es un constructo que integra la creencia sobre su capacidad para manejar debidamente las acciones en la vida (Bermúdez, Pérez, & Suarez, 2000). Como se puede inferir, la autoeficacia del uso de condón masculino en adolescentes a la creencia, confianza y capacidad que tienen para ejecutar adecuadamente las situaciones que se presentan de manera cotidiana (Delgado, 2015).

Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de autoeficacia del uso de condón masculino en los adolescentes?

En este caso es relevante para enfermería describir la autoeficacia del uso de condón masculino en adolescentes para fomentar de manera oportuna intervenciones necesarias que aporten mayor conocimiento al generen conciencia y promover el uso de

condón en busca de causar una actitud positiva frente a su uso y disminuya las conductas de riesgo entre este grupo de edad.

### **1.6 Objetivo general**

Describir el nivel de autoeficacia del uso de condón masculino en adolescentes.

### **1.7 Objetivos específicos**

1.- Describir la autoeficacia del uso de condón masculino en los adolescentes.

2.- Describir el nivel de autoeficacia del uso de condón masculino de acuerdo a la edad y sexo en los adolescentes.

## **Capítulo II**

### **Material y métodos**

A continuación se definirá el diseño de estudio, población, el tamaño de la muestra y tipo de muestreo, así como los criterios de selección de los participantes.

#### **2.1 Diseño de Estudio**

La presente investigación cuantitativa utilizará un diseño descriptivo transversal debido a que se aplicará en una sola medición y en un solo momento.

#### **2.2 Población**

La población estuvo conformada por 350 adolescentes de 12 a 16 años de secundaria bajo una tasa de no respuesta del 30%.

#### **2.3 Tamaño de la Muestra y Tipo de Muestreo**

El tamaño de la muestra fue de 193 estudiantes calculado de acuerdo al parámetro de confiabilidad del 95% y 5% de margen de error. El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple.

#### **2.4 Criterios de Selección**

##### **Inclusión**

Adolescentes de 12 a 16 años de ambos sexos que deseen participar en el estudio.

##### **Exclusión**

Adolescentes que no asistan en el momento de la recolección de datos y los adolescentes que no deseen participar.

##### **Eliminación**

Adolescentes que no entreguen consentimiento informado debidamente firmado por parte de los padres o tutor legal, o bien que las respuestas proporcionadas sean incompletas, dudosas o confusas.



## 2.5 Definición de variables sociodemográficas y unidades de medida

Tabla 1

*Definición de variables*

<b>Tipo de variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Fuente de medición</b>
Edad Independiente	Tiempo biológico del organismo vivo. (Vargas & Espinoza, 2013).	Número de años cumplidos, según la fecha de nacimiento de los adolescentes.	Numérica	Cédula de datos
Sexo Independiente	Condición de ser mujer u hombre y hace referencia a las características de orden biológico que diferencian unos cuerpos de otros. (Unicef, 2016).	Condición orgánica del adolescente para distinguirse en hombre o mujer.	Nominal	Cédula de datos
Número de parejas sexuales Independiente	Número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales a lo largo de su vida. (Cox, T., 2015).	Número de parejas con los que los adolescentes de 12 a 16 años han tenido relaciones sexuales.	Numérica	Cédula de datos

## 2.6 Definición de variables y unidades de medida

Tabla 2

*Definición de variables*

<b>Tipo de variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Fuente de medición</b>
Autoeficacia del uso del condón masculino Dependiente	Engloba las expectativas de éxito de una persona en todos los diversos aspectos de la obtención, el uso, la eliminación y la negociación del uso de condones con sus parejas-compañeros. (Brafford & Beck, 1991).	Capacidad y habilidad para adquirir, colocar, usar, retirar, desechar y negociar el uso del condón durante las relaciones sexuales de los adolescentes de 12 a 16 años de edad.	Ordinal	Escala de autoeficacia para el uso del condón (Brafford & Beck, 1991).

## **2.7 Recolección de información**

### **2.7.1 Selección de fuentes y métodos**

Para las variables sociodemográficas se utilizó una cédula de datos personales que incluyó sexo, edad y número de parejas sexuales. La variable de autoeficacia del uso del condón masculino se midió a través del instrumento The Condom Use Self-Efficacy Scale (CUSES)(Brafford & Beck, 1991) con el objetivo de describir la capacidad de los adolescentes de 12 a 16 años de edad para utilizar el condón en diversas situaciones.

El cuestionario estuvo conformado por 28 preguntas, las cuales se respondieron mediante una escala tipo Likert y los valores oscilaron desde 0=Totalmente en desacuerdo, 1=En desacuerdo, 2=Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 3=De acuerdo y 4=Totalmente de acuerdo. Las respuestas se interpretaron con un valor mínimo de 28 puntos y un valor máximo de 84 puntos a mayor puntaje informa mayor autoeficacia en adolescentes para hacer uso del condón masculino y a menor puntaje denota lo contrario.

La confiabilidad del instrumento ha presentado Alfas de Cronbach que van de 0.77 a 0.90 (Brown, 1984; Levinson, 1986; Levenson, 2010; Hernández & López, 2011).

### **2.7.2 Técnicas y procedimiento en la recolección de la información**

Se solicitó a la Escuela de Enfermería Christus Muguerza UDEM, al Comité de Ética en Investigación (CEI) y Comité de Investigación (CI) la autorización para aplicar el protocolo de investigación (Apéndice A). Posteriormente se solicitó permiso a una escuela secundaria pública para explicar el objetivo de la investigación. Se

aprobó el estudio y posterior a ello, solicitamos las listas de los alumnos, así mismo los horarios factibles para aplicar el instrumento de investigación y proporcionaron la logística adecuada para la institución. Se entregó el consentimiento informado a los alumnos (as), se les explicó en que consistía la investigación, a su vez los adolescentes se comprometieron a entregar a sus padres para su firma y aprobaron su participación, se otorgó una semana para el proceso. Los participantes que entregaron el consentimiento informado (Apéndice B) de ambos padres o tutor firmados, se les entregó un asentimiento informado (Apéndice C) el día de la aplicación, una cédula de datos (Apéndice D) y el instrumento de medición (Apéndice E) para los cuales se tomaron un tiempo de 15 minutos aproximadamente en el llenado.

### **2.7.3 Plan de procesamiento**

Los datos fueron procesados a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Science (SPSS versión 21) obteniendo la consistencia interna del instrumento mediante el Alfa de Cronbach. Se utilizaron frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar para dar respuesta a los objetivos.

### **2.8 Aspectos éticos**

El presente estudio se apegó a lo estipulado en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 1987). Se establecieron los lineamientos éticos para el desarrollo de la investigación en el área de salud, se respetaron la dignidad y bienestar de los participantes de acuerdo al Capítulo I, Artículo 13 referente a la investigación en seres humanos.

Para su realización se solicitó el permiso a la Escuela de Enfermería Christus Muguerza UDEM, la cual se llevó a cabo cuando se obtuvo la autorización de la misma conforme al Capítulo I, del Artículo 14, Fracciones I, V, VI, VII y VIII.

Así mismo, se cumplió con el Artículo 16, Capítulo I, protegiendo la privacidad de los sujetos de estudio, omitiendo su nombre en cédula de datos (Apéndice D). Artículo 17, Capítulo I, Fracción I, se informó a los participantes que la investigación no tenía riesgo alguno y se recabó mediante cuestionario.

Además el Artículo 20, sobre el consentimiento informado, mismo que se entregó previamente, a través de los adolescentes a los padres o representante legal, quienes autorizaron la participación en la investigación de manera libre y sin coacción. Artículo 21, Capítulo I, comprendido en su totalidad en la Fracciones I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII y IX. Artículo 22 del Capítulo I, se formuló por escrito y cumplió lo referente a las Fracciones I, II, III, IV y V (Apéndice B).

Artículo 36, Capítulo III, en referencia a la investigación en menores de edad, se entregó previamente el consentimiento informado a los padres o tutores legales quienes ejercen la patria potestad para su autorización y firma, según sea el caso y a los sujetos de estudio se entregó el asentimiento informado para su permiso el día de la aplicación del instrumento (Apéndice C).

## Capítulo III

### Resultados

#### 3.1 Características sociodemográficas

En relación a los datos descriptivos de los adolescentes el 55.4% fueron hombres y 44.6% mujeres. En relación a la edad la mayoría de los participantes tenían 14 años (34.7%) seguido de 12 años (33.7%). El 45.1% estudian tercero de secundaria, el 29.5% segundo y 25.4% de primero. El 94.3% de los adolescentes no ha iniciado vida sexual, el 1% ha tenido una pareja sexual, 3.1% entre 2 a 4 parejas sexuales y el 1.6% más de 4 parejas sexuales (Tabla 3).

Tabla 3

*Características sociodemográficas de los adolescentes*

	<i>f</i>	<i>%</i>
Sexo		
Hombre	107	55.4
Mujer	86	44.6
Edad		
12 años	65	33.7
13 años	59	30.6
14 años	67	34.7
15 años	2	1.0
Año que cursas de secundaria		
Primero	49	25.4
Segundo	57	29.5
Tercero	87	45.1
Número de parejas sexuales (personas con las que tenido relaciones sexuales)		
Ninguna pareja	182	94.3
Una pareja sexual	2	1.0
Entre 2 a 4 parejas	6	3.1
Más de 4 parejas	3	1.6

*Nota: n=193.*

### **3.2 Estadísticos descriptivos de las variables de estudio**

Para dar respuesta al objetivo específico número uno que consistió en describir la autoeficacia del uso de condón masculino en los adolescentes se encontró que los diversos aspectos que miden la autoeficacia para el uso del condón masculino, la mayoría (20 preguntas) de los adolescentes respondieron de manera neutral (Ni de acuerdo ni en desacuerdo).

Los aspectos a resaltar son los siguientes: respecto a la habilidad para colocarse o colocar el condón a la pareja respondieron en un 40.4%, para sentirse seguros de comprar condones sin estar apenados fue 25.9%, misma respuesta para sugerir el uso de condón sin hacer sentir mal a la pareja en 25.9%, habilidad para mantener la erección mientras utilizan el condón 38.3%, vergüenza al ponerse o poner un condón 36.3%, miedo al rechazo por sugerir el uso de condón 29.5%, habilidad para usar condón correctamente 35.8%, dialogar con una nueva pareja el uso de condón antes del contacto sexual 25.9%, retirar y desechar correctamente el condón después de una relación sexual 28.5%.

De igual manera, fallar en colocarse un condón y apenarse al tratar de utilizar otro 35.8%, sentirse cómodos y discutir el uso de condón con nuevas parejas antes de una relación 31.1%, respecto a la habilidad para colocar o colocarse un condón durante las caricias 35.2%, sobre la seguridad en poner o ponerse un condón 36.8%, así mismo colocar o colocarse un condón rápidamente 39.4%, utilizar el condón sin reducir el placer 38.9%, utilizar condón a pesar de beber alcohol 36.3%, utilizar condón bajo influencia de las drogas 40.4%, asertividad para convencer a la pareja de usar condón 28.5%,

seguridad de utilizar el condón correctamente 38.9% y la capacidad de parar para colocarse un condón en el momento más apasionado 36.3% (Tabla 4).



Tabla 4  
*Autoeficacia del uso de condón masculino en los adolescentes*

Preguntas	TD		ED		N		DA		TA	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1. Me siento seguro en mi habilidad para colocar un condón a mi o a mi pareja.	48	24.9	25	13.0	78	40.4	23	11.9	19	9.8
2. Me siento seguro de que puedo comprar condones sin sentirme apenado.	46	23.8	30	15.5	50	25.9	33	17.1	34	17.6
3. Me siento seguro de que puedo acordarme de llevar un condón conmigo si creo que lo voy a necesitar.	31	16.1	16	8.3	47	24.4	53	27.5	46	23.8
4. Me siento seguro de mi capacidad para discutir el uso del condón con cualquier pareja que pudiera tener.	33	17.7	21	10.9	48	24.9	49	25.4	42	21.8
5. Me siento seguro de mi capacidad para sugerir el uso de condones con una nueva pareja.	33	17.1	18	9.3	37	19.2	54	28.0	51	26.4
6. Me siento seguro de que podría sugerir el uso de un condón sin hacer sentir mal a mi pareja (que está enferma o infectada con alguna enfermedad).	32	16.6	31	16.1	50	25.9	39	20.2	41	21.2
7. Me siento seguro de mi habilidad y la de mi pareja para mantener la erección (pene duro y elevado) mientras usamos un condón.	39	20.2	20	10.4	74	38.3	34	17.6	26	13.5
8. Me sentiría avergonzado de poner un condón a mi o a mi pareja.	42	21.8	27	14.0	70	36.3	32	16.6	22	11.4

*Nota:* n=193; TD= Totalmente en desacuerdo; ED= En desacuerdo; N= Ni de acuerdo ni en desacuerdo; DA= De acuerdo; TA= Totalmente de acuerdo

(continúa)

Tabla 4

*Autoeficacia del uso de condón masculino en los adolescentes (Continuación)*

Preguntas	TD		ED		N		DA		TA	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
9. Si tuviera que sugerir el uso de un condón a una pareja, yo me sentiría con miedo de que él o ella me rechace.	49	25.4	36	18.7	57	29.5	31	16.1	20	10.4
10. Si estuviera inseguro de la opinión de mi pareja sobre el uso del condón, yo no le sugeriría usarlo.	74	38.3	35	18.1	53	27.5	15	7.8	16	8.3
11. Me siento seguro de mi habilidad para usar un condón correctamente.	42	21.8	22	11.4	69	35.8	35	18.1	25	13.0
12. Me sentiría cómodo al discutir el uso del condón con una posible pareja sexual antes de tener cualquier contacto sexual.	33	17.1	18	9.3	50	25.9	43	22.3	49	25.4
13. Me siento seguro de mi capacidad de convencer a mi pareja para aceptar el uso de un condón cuando tenemos relaciones sexuales.	32	16.6	14	7.3	51	26.4	43	22.3	53	27.5
14. Me siento seguro de que podría retirar cuidadosamente el condón y desecharlo después de la relación sexual.	42	21.8	19	9.8	55	28.5	40	20.7	37	19.2
15. Si mi pareja y yo estuvimos tratando de usar un condón y no tuvimos éxito (por ejemplo, no ser capaz de desenrollar el condón o ponerlo al revés) me sentiría avergonzado de tratar de utilizar otro.	43	22.3	44	22.8	69	35.8	23	11.9	14	7.3

*Nota:* n=193; TD= Totalmente en desacuerdo; ED= En desacuerdo; N= Ni de acuerdo ni en desacuerdo; DA= De acuerdo; TA= Totalmente de acuerdo

(continúa)

Tabla 4

*Autoeficacia del uso de condón masculino en los adolescentes (Continuación)*

Preguntas	TD		ED		N		DA		TA	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
16. No me sentiría seguro de sugerir el uso del condón con una nueva pareja, porque me sentiría temeroso de que él o ella pudiera pensar que he tenido experiencias homosexuales.	68	35.2	39	20.2	59	30.6	12	6.2	15	7.8
17. No me sentiría seguro de sugerir el uso de condones con una nueva pareja, porque él o ella podrían pensar que tengo una enfermedad de transmisión sexual.	63	32.6	38	19.7	57	29.5	24	12.4	11	5.7
18. No me sentiría seguro de sugerir el uso del condón con una nueva pareja, porque temería que él o ella pudiera pensar que yo creo que él o ella tiene una enfermedad de transmisión sexual.	63	32.6	41	21.2	61	31.6	15	7.8	13	6.7
19. Me sentiría cómodo discutiendo el uso del condón con una posible pareja antes de tener relaciones sexuales.	35	18.1	20	10.4	60	31.1	37	19.2	41	21.2
20. Me siento seguro de mi habilidad para ponerme un condón a mí mismo o a mi pareja durante las caricias antes de tener relaciones sexuales.	45	23.3	25	13.0	68	35.2	29	15.0	26	13.5
21. Me siento seguro de mi habilidad para colocar un condón a mí o a mi pareja.	46	23.8	22	11.4	71	36.8	30	15.5	24	12.4

*Nota:* n=193; TD= Totalmente en desacuerdo; ED= En desacuerdo; N= Ni de acuerdo ni en desacuerdo; DA= De acuerdo; TA= Totalmente de acuerdo

(continúa)

Tabla 4

*Autoeficacia del uso de condón masculino en los adolescentes (Continuación)*

Preguntas	TD		ED		N		DA		TA	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
22. Me siento seguro de mi habilidad de poner un condón a mí mismo o a mi pareja rápidamente.	48	24.9	26	13.5	76	39.4	25	13.0	18	9.3
23. Me siento seguro de que podría usar un condón durante las relaciones sexuales sin reducir las sensaciones sexuales (sentirme excitado).	35	18.1	25	13.0	75	38.9	31	16.1	27	14.0
24. Estoy seguro de que podría recordar usar un condón incluso después de haber estado bebiendo.	39	20.2	26	13.5	70	36.3	32	16.6	26	13.5
25. Estoy seguro de que puedo recordar usar un condón aunque estuviera drogado.	47	24.4	20	10.4	78	40.4	25	13.0	23	11.9
26. Si mi pareja no quisiera usar un condón durante las relaciones sexuales, yo fácilmente podría convencerlo a él o ella de que es necesario hacerlo.	36	18.7	13	6.7	55	28.5	49	25.4	40	20.7
27. Me siento seguro de que podría usar un condón correctamente.	33	17.1	21	10.9	75	38.9	33	17.1	31	16.1
28. Me siento seguro de que podría hacer un alto para poner a mí o a mi pareja un condón aún en un momento apasionado.	32	16.6	15	7.8	70	36.3	45	23.3	31	16.1

*Nota: n=193; TD= Totalmente en desacuerdo; ED= En desacuerdo; N= Ni de acuerdo ni en desacuerdo; DA= De acuerdo; TA= Totalmente de acuerdo*

Respecto al objetivo específico número 2 que fue describir el nivel de autoeficacia del uso de condón masculino de acuerdo a la edad y sexo en los adolescentes, se encontró la edad de 15 años obtuvo una puntuación media mayor de 69.00 ( $DE=1.41$ ), los participantes de 14 años una media de 64.79 ( $DE=22.08$ ), seguido por los de 13 años que tuvieron una media de 60.08 ( $DE=19.23$ ), y por último los adolescentes de 12 años una media de 55.61 ( $DE=17.11$ ). La puntuación obtenida de los adolescentes en relación a la edad los sitúa en un nivel de autoeficacia bajo, denotando que no son autoeficaces para el uso de condón masculino

Por otra parte, en relación al nivel de autoeficacia de acuerdo al sexo, se encontró que el género masculino obtuvo una media más alta en 63.97 ( $DE=19.11$ ) con respecto al género femenino con una media de 55.74 ( $DE=19.81$ ). La puntuación de ambos géneros representa un nivel de autoeficacia para el uso de condón masculino bajo (Tabla 5).

Tabla 5

*Nivel de autoeficacia del uso de condón masculino de acuerdo a la edad y sexo en los adolescentes*

	Media	DE
Edad		
12 años	55.61	17.11
13 años	60.08	19.23
14 años	64.79	22.08
15 años	69.00	1.41
Sexo		
Hombre	63.97	19.11
Mujer	55.74	19.81

*Nota: n=193.*

El objetivo general del presente estudio fue describir el nivel de autoeficacia del uso de condón masculino en adolescentes, se encontró una media de 60.30 ( $DE=19.80$ ), por lo que se determinó que el nivel de autoeficacia del uso de condón masculino fue bajo.

### **3.3 Consistencia interna del instrumento aplicado**

La confiabilidad del instrumento Escala de autoeficacia para el uso del condón obtuvo un Alfa de Cronbach de 0.93, cuya puntuación se considera como aceptable (Oviedo & Campo-Arias, 2005).

## **Capítulo IV**

### **Discusión**

A nivel mundial adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos, independientemente de su preferencia u orientación sexual, siguen practicando conductas de riesgo que incrementan la probabilidad de infección por VIH, como tener relaciones sexuales con múltiples parejas ya sea estables u ocasionales y no usar de manera efectiva y consistentemente condón en todas y cada una de sus relaciones sexuales con penetración. En este apartado se discutirán los resultados en función a la autoeficacia del uso del condón masculino en adolescentes, en relación a las descripción de esta variable se encontró que existen diversos aspectos en los cuales tanto, adolescentes hombres y mujeres respondieron de manera neutral.

Respecto a la habilidad para colocarse o colocar el condón a la pareja y para usar condón correctamente, el resultado es similar a lo encontrado por diversos autores (Brito, Davism & Chakrabarti, 2014; Espada et al., 2014; Fernandes de Araújo et al., 2014; Kocić, Kostić & Cagulović, 2013). Este aspecto puede explicarse de la siguiente manera, el inicio temprano de las relaciones sexuales es mayor en los varones, así como la cantidad de parejas sexuales y no usar el preservativo en una primera experiencia sexual es considerado un factor que predispone al uso inconsistente en futuras prácticas sexuales por lo que muchas veces la habilidad depende de la experiencia en el uso.

Respecto a sentirse seguros para comprar condones sin estar apenados, concuerdan los autores (Gómez-Inclán & Durán-Arenas, 2017; Soto, 2016; Camacho Rodríguez y Pabón Varela, 2014; Kocić et

al., 2013) la falta de acceso a servicios de salud o de prevención en salud sexual amigables para esta población adolescente, fallar en tener disponible un condón en el momento adecuado, es factor asociado mayormente en los varones. Los adolescentes conocen los lugares dónde adquirir o comprar condones, pero se sienten apenados para comprarlos o solicitarlos. Se puede afirmar que el entorno de las farmacias o instituciones públicas como lugares muy concurridos dónde los jóvenes pueden ser criticados o juzgados. Tal es el caso, en las instancias de salud donde los adolescentes deben acudir generalmente acompañados por el padre, madre o tutor, el personal que los atiende se encuentre capacitado para abordar el tema de sexualidad y contar con un lugar privado para conversar, despejar sus dudas, horarios accesibles, recomendar y asegurar la comprensión sin hacer juicios.

Para sugerir el uso de condón sin hacer sentir mal a la pareja varios autores coinciden de manera similar (Villalobos, de Castro & Allen, 2017; Sánchez-Meneses, Dávila-Mendoza & Ponce-Rosas, 2015; Jiménez Garcia, 2010; Grossman, Hadley, Brown, Houck, Peters, & Tolou-Shams, 2008; Lam et al., 2004). Esto puede deberse a que la mayoría de los adolescentes hombres carecen de habilidades de comunicación o negociación para el uso de condón con la pareja, debido a la inmadurez sexual propia de su etapa, siendo aún menor en las mujeres que no han iniciado vida sexual en comparación con las que son sexualmente activas, de manera que, la comunicación directa entre los adolescentes sobre el uso del condón con la pareja y la vulnerabilidad hacia el VIH se vincula con la estrategia más efectiva para negociar prácticas de sexo seguro. Por lo que planear el



encuentro sexual y negociar el uso del condón con su pareja, conlleva la prevención de comportamientos sexuales de riesgo en los adolescentes.

Respecto a la habilidad para mantener la erección mientras se utiliza el condón concuerdan diversos autores (Orcasita et al., 2018; Villa-Paleo, 2017; Torres, Lau & Flores, 2015; Calafet et al., 2009). Una posible explicación es que el bajo nivel de autoeficacia del uso de condón en el género masculino se atribuye a la ineficacia de perder la erección durante la relación sexual, la curiosidad para experimentar relaciones sexuales esperables por su grupo social, desconocimiento para colocar el condón, aunado al uso de alcohol y drogas; mientras que en mujeres, se atribuye la presión por parte de la pareja y por la influencia por parte de amigas que han iniciado vida sexual. En consecuencia, la presión de la pareja o grupo social de pertenencia, el alcohol y ciertas drogas que consiguen una desinhibición, relajación y euforia hace más probable mantener relaciones sexuales desprotegidas y riesgo de contraer ITS en los adolescentes.

En relación a la pregunta de sentir vergüenza al ponerse o poner un condón, concuerdan de manera similar (Orcasita et al., 2018; Díaz-Loving, Rivera & Saldivar, 2015; Mora & Hernández, 2015; Teva et al., 2014; Uribe, Amador, Zacarías & Villarreal, 2012). En los adolescentes hombres, el no utilizar el condón por la dificultad al fallar en la colocación debido a la excitación del momento, son prácticas sexuales inseguras que representan un problema de comportamiento. La actitud positiva o favorable frente al uso del condón predice en mayor medida su uso. La decisión de usar condón le corresponde tradicionalmente al hombre ya que él mantiene el

control sobre las relaciones sexuales. Esta situación atribuye mayor desventaja a la mujer ya que la falta de su uso constituye un posible riesgo de contraer ITS y embarazo no deseado.

Respecto al miedo al rechazo por sugerir el uso de condón, concuerdan varios autores (Bolaños, Rojo, Hernández, Molina, Rodríguez & Suárez, 2015; Drezin, Torres & Daly, 2007). Las mujeres sienten temor a ser juzgadas por sus parejas al proponer el uso del condón, ya que eso puede despertar desconfianza y les es difícil negociar su uso con la pareja. De esta manera, la capacidad de negociación en el uso del condón, según el tipo de pareja sexual, es un aspecto relacionado al grado de la relación afectiva que representa un papel importante en la sexualidad durante la adolescencia. Explicado de otra manera, el poco empoderamiento de la mujer para negociar el sexo protegido con su pareja se considerada una barrera que impide el acceso al condón, las mujeres no se sienten cómodas para hablar sobre sexo con sus parejas o podrán interrumpir el uso del condón cuando están involucradas en una relación de noviazgo como una señal de confianza y fidelidad.

Acercas de dialogar con una nueva pareja el uso de condón antes del contacto sexual (Flores et al., 2012 y Bayer et al., 2011) encontraron resultados similares, donde manifiestan que la necesidad de afecto es crucial sobre todos los aspectos y representa un rol crítico en la sexualidad durante la adolescencia. De esta manera, la capacidad de negociación en el uso del condón según el tipo de pareja sexual, es un aspecto relacionado en distintos grados a las consideraciones afectivas que los lleva a tener conductas sexuales de riesgo durante la adolescencia. Por otra parte Pérez, 2014 y Robles y

Díaz, en el año 2008 encontraron resultados diferentes, en los que los aprendizajes de género tienen implicaciones arraigadas, los varones utilizan más el condón con parejas ocasionales que con parejas formales. De igual manera Senn, Scott-Sheldon y Carey, en el año 2014 encuentran en los adolescentes varones que iniciaron debut sexual a temprana edad, se les relaciona a mayor habilidad y actitudes favorables hacia el uso del condón con una pareja ocasional que predicen su futuro uso con parejas informales. Esto denota que el varón iniciado sexualmente de manera precoz aprende y desarrolla habilidades que predisponen una actitud favorable frente al uso del condón con la intención y decisión de utilizarlos o no con parejas casuales, esto implica en los hombres adolescentes un mayor riesgo de contraer ITS.

Para el hecho de retirar y desechar correctamente el condón después de una relación sexual varios autores concuerdan (Villa-Paleo & Carranza-Madrigal 2017; Padilla & Díaz-Loving, 2011; Pulido, Carazo, Orta, Coronel & Vera, 2011; Jiménez, 2010; Uribe, Andrade & Zacarías, 2010; Díaz-Loving & Robles, 2009) que la mayoría de los adolescentes creen que el condón interfiere en el placer sexual y desconocen la forma correcta de retirarlo de la vagina después de la eyaculación y el correcto desecho después de su uso, solo la minoría conoce cuando y como colocar el condón a la pareja antes del cualquier contacto sexual y la forma de desecharlo. Por lo anterior, existe una dinámica socio-cultural como los valores asociados a la búsqueda de placer sexual y valores machistas presentes que acentúan el problema de las relaciones sexuales desprotegidas.

Por otra parte se encontró que tanto los adolescentes de 12,13, 14 y 15 años, tienen un nivel de autoeficacia del uso del condón masculino, bajo. Al coincidir (Villa-Paleo, 2017; Camacho & Pabón, 2014) con respecto a las acciones del qué hacer antes de utilizar el condón, cómo y cuándo colocar el condón, qué hacer cuando el condón se coloca de forma equivocada, cuándo y cómo retirar el condón, la manera de desecharlo después de culminar una relación sexual e incluso, utilizar un nuevo condón para comenzar con otra relación coital.

Así mismo, la ineficacia del condón puede deberse a la exposición de luz solar, expiración de la caducidad y perder la erección durante la relación sexual. Esto indica que los adolescentes no son autoeficaces para revisar el empaque del condón que no se encuentre perforado, seco o pegajoso, abrir el empaque correctamente sin dañarlo, llevar más de un condón, los lugares apropiados para guardar y transportarlos, no desenrollar el condón antes de usarlo, evitar joyas que lo puedan romper, así como retirar el condón después de eyacular y el correcto desecho después de su uso.

Por otro lado, con respecto al sexo en los adolescentes, en ambos el nivel fue bajo, varios autores concuerdan (Meneses, Uroz & Jimenez, 2008; Suarez, 2008; Gil & Romo, 2006; Soto, 2006) las mujeres adolescentes excluyen las medidas de protección del uso de condón masculino, relacionado al hecho de estar enamoradas, como relaciones espontaneas y románticas, siendo que le conceden mayor importancia a la vinculación afectiva, mientras que los hombres representa un medio de placer, preocupados por la cantidad y no por

la calidad. También la existencia de una pareja estable es considerada como una relación sana y sin posibilidad de contagio. Esto sugiere que no utilizar condón entre las parejas de adolescentes representa una relación confiable y el ejercicio de su sexualidad los compromete favoreciendo el contagio ITS o embarazo no deseado.

Igualmente coincide Peralta-Sánchez en el año 2018, la mayoría de los adolescentes creen que el VIH se contrae después de varios contactos sexuales y respecto a ITS, solamente las adquieren las personas promiscuas. Esto se puede explicarse en los adolescentes de ambos sexos, al no uso de condón masculino y el desconocimiento de hábitos pasados o actuales de la pareja que puedan influenciar en el riesgo de contagio de VIH o ITS.

También concuerdan los autores (Rios Castaño 2016; Camacho Rodríguez & Pavón Varela, 2014;) las mujeres adolescentes perciben el uso del condón masculino como una incomodidad y sin él, la relación es más agradable, mientras que el machismo en los hombres se relaciona a no sentir el contacto piel con piel, siendo más impulsivos y viven el momento como se presente la relación, la mayoría de los adolescentes de ambos sexos son incapaces de mantenerse vírgenes y más aún practicar la fidelidad. En consecuencia, los embarazos no planeados y la infección por VIH, tiene que ver con la baja autoeficacia del uso de condón masculino en adolescentes de ambos sexos.

Por otra parte, varios autores (Sousa, Castro, Pinheiro, Moura, Almeida & Aquino, 2017; Uribe, Riaño, Bonilla, Carrillo, Hernández & Bahamón, 2017; Alvarado, Martínez, Baquero, Valencia & Ruiz, 2007) le atribuyen menor autoeficacia para el uso del condón masculino al

sexo femenino, involucrando aspectos culturales dado que a los hombres se les estimula a tener relaciones sexuales, respondiendo al estereotipo de género o permisividad, mientras que a las mujeres se les desanima predisponiéndolas a una menor autoeficacia para el uso de condón. Así mismo, el temor al rechazo derivado de las emociones de una relación sexual le otorga desventaja a la mujer para hacer uso del condón. Esto contribuye que las mujeres enfrenten juicios para ejecutar acciones y lograr un posible rendimiento en el uso de condón y cause un posible riesgo a su salud, sobre todo por las consecuencias que esto trae consigo, el embarazo temprano, no deseado, no planeado, y la posibilidad de contraer ITS.

#### **4.1 Limitaciones del estudio**

Uno de los aspectos que se pudiera prever es el horario de receso de los estudiantes ya que después de este se encontraban un poco más inquietos.

#### **4.2 Conclusiones**

El sexo que predominó fueron los hombres. La edad que prevaleció, 14 años. El grado escolar que destacó, tercero de secundaria. La mayoría no había tenido ninguna pareja sexual.

Respecto a la autoeficacia del uso de condón masculino, la mayoría de los adolescentes de secundaria, contestó de manera neutral en 20 preguntas que son las siguientes: 1, 2, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 y 28.

Por otra parte, el nivel de autoeficacia del uso de condón masculino, de acuerdo a la edad y sexo de los adolescentes, fue bajo.

Del mismo modo, el nivel de autoeficacia del uso de condón masculino de los adolescentes, fue bajo.

### **4.3 Recomendaciones**

La elaboración de campañas preventivas de retraso en el inicio del debut sexual, han logrado efectividad en las intervenciones modificando actitudes de los adolescentes, encontraron un cambio significativo en las actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos presentando en los participantes tras la intervención una mayor predisposición a usar el condón (Oman, Vesely, Green, Fluhr & Williams, 2016). De manera similar, los programas escolares que ayudan a los adolescentes a conocer sobre la regulación de la natalidad, asimilen y comprendan que los métodos funcionan bien, con un mayor uso del condón o de métodos anticonceptivos para prevenir las ITS/VIH y embarazo adolescente (López, Bernholc, Chen & Tolley, 2016).

Teniendo en cuenta que las ITS son resultado de ciertos comportamientos de riesgo sexual (Teva, Bermúdez, & Ramiro, 2014; Bahamón, Vianchá, & Tobos, 2014; García-Polanco, 2014; García-Vega, Menéndez, Fernández, & Cuesta, 2012) reconocen la necesidad de desarrollar estrategias y actuaciones que instalen y refuercen comportamientos centrados en la protección, como el uso correcto del condón masculino en todas las relaciones sexuales. Es importante considerar los diversos factores que influyen en el uso correcto y consistente del condón en las relaciones sexuales de los adolescentes, pues es en la etapa donde se establecen patrones de comportamiento sexual que pueden perdurar durante el resto de la vida.

Las estrategias dirigidas a promover el uso del condón tanto en hombres como en mujeres deben estar centradas, en aspectos como desarrollo de la asertividad sexual o comunicación asertiva con la

pareja sexual, así como en la habilitación en el uso correcto y sistemático del condón durante cualquier tipo de relación sexual en jóvenes, la autoestima y otras herramientas que permitan optimizar sus relaciones afectivas (Parent & Moradi, 2015; Schmid, Leonard, Ritchie & Gwads, 2015; Uribe et al., 2015; Teva et al., 2014; Zhang, Zhang & Chock, 2014; Heeren, Jemmott, Mandeya & Tyler, 2009; Grossman et al., 2008; Farmer & Meston, 2006; Moreno, Leon, & Becerra, 2006).

Adicionalmente, es recomendable que las campañas que promuevan el uso correcto y consistente del condón tomen en cuenta elementos diferenciadores en función del género que puedan sensibilizar eficazmente a los dos sexos teniendo como punto de referencia los estereotipos atribuidos (Uribe Alvarado et al., 2017).

Con relación a lo anterior, se ha reportado que los modelos socio-cognitivos acerca del uso del condón y otras conductas sexuales explican mejor su uso o la resistencia por parte de los adolescentes, a pesar de poseer amplia información acerca de las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo, los adolescentes las siguen manteniendo (Villegas et al. 2016; Díaz-Loving, et al., 2015; Espada & Moradi, 2015; Leddy et al., 2015; Parent et al., 2015; Sánchez et al., 2015; Uribe et al., 2015; Teva et al., 2014, Charnigo et al. 2010).

El Gobierno de México en conjunto con la Secretaría de Salud elaboró la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015 para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad, de observancia obligatoria en el territorio nacional y para todo Sistema Nacional de Salud público, social y privado. Se establecieron los criterios a seguir para brindar atención integral a la salud, prevención



y control de enfermedades así como la promoción de la salud con perspectiva de género, cultura y derechos fundamentales. A los adolescentes se les proporciona orientación y consejería para prevenir embarazos no deseados, prevención de VIH e ITS. Con el propósito de dar a conocer la importancia del uso correcto de los métodos anticonceptivos, lo aprendan y comprendan como medidas de prevención.

Se recomienda en esta investigación abordar a los sujetos de estudio mediante un Proceso de Atención de Enfermería, por lo que se pueden considerar los siguientes Diagnósticos Enfermeros NANDA (2015-2017):

1. Mantenimiento ineficaz de la salud: incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.

Relacionado con: estrategias de afrontamiento ineficaces, habilidades de comunicación ineficaces y toma de decisiones deteriorada.

Manifestado por: conocimiento insuficiente sobre prácticas básicas de salud, falta de interés en mejorar los comportamientos de salud, incapacidad para asumir la responsabilidad de realizar prácticas básicas de salud.

2. Conocimientos deficientes: carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Relacionado con: conocimiento insuficiente sobre los recursos, información insuficiente, interés insuficiente en el aprendizaje y mala interpretación de la información presentada por otros.

Manifestado por: comportamientos inapropiados, información insuficiente.

3. Desempeño ineficaz del rol: patrones de conducta y expresión de uno mismo que no concuerdan con las normas, expectativas y contexto del marco en el que se desarrollan.

Relacionado con: preparación insuficiente, abuso de sustancias, autoestima baja, juventud, recursos insuficientes y vinculación inadecuada con el sistema sanitario.

Manifestado por: autogestión insuficiente, cambio en los patrones habituales de responsabilidad, confianza insuficiente, conocimientos insuficientes sobre los requerimientos del rol, estrategias de afrontamiento ineficaces, expectativas de desarrollo inadecuadas, habilidades insuficientes.

4. Patrón sexual ineficaz: expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.

Relacionado con: conocimiento insuficiente de las alternativas relacionadas con la sexualidad, déficit de habilidades para las alternativas relacionadas con la sexualidad, temor a las enfermedades de transmisión sexual y temor al embarazo.

Manifestado por: alteración en la actividad sexual, alteración en relación con la persona significativa y conflicto de valores.

5. Afrontamiento ineficaz: incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas llevadas a la práctica y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

Relacionado con: apreciación inexacta de las amenazas, confianza inadecuada en la capacidad para afrontar la situación, crisis de maduración, diferencias de género en las estrategias de afrontamiento y recursos inadecuados.

Manifestado por: conducta de asunción de riesgos, estrategias de afrontamiento ineficaces, incapacidad para afrontar una situación.

6. Riesgo de deterioro de la autonomía para la toma de decisiones: vulnerable a un proceso de selección de una decisión sobre el cuidado de la salud que no incluye conocimiento personal y/o consideración de las normas sociales, o no se produce en un entorno flexible, lo que resulta en insatisfacción sobre las decisiones.

Factores de riesgo: autoconfianza insuficiente en la toma de decisiones, confianza insuficiente para discutir abiertamente las opciones de cuidado de la salud, experiencia limitada en la toma de decisiones, información insuficiente relacionada con las opciones de cuidado de la salud, sistemas de cuidado de salud tradicionalmente jerárquicos.

## Referencias

- Bacak, V., & Stulhofer, A. (2012). Condom use errors and problems in a national sample of young Croatian adults. *Archives of Sexual Behavior, 41*(4), 995-1003. doi.org/10.1007/s10508-011-9838-x
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist, 37*(2):122-147. doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122
- Barral, R., Valencia, A., Cruz, R., Granillo, M., Pardinás, N., Cartujano, B., Cowden, J., & Cupertino, A. (2016). Mexico and USA: A Binational Comparison of Attitudes, Beliefs and Knowledge About Sex and Contraception Among Adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 29*(2),179. doi:10.1016/j.jpag.2016.01.051
- Bermúdez, J., Pérez, A., & Suarez, P. (2000). Escala de Autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema, 12*, 509-513
- Bolaños, Rojo, Hernández, Molina, Rodríguez, & Suárez, (2015). Avances y brechas en el mercadeo social del condón en La Habana. *Revista Cubana de Salud Pública, 41*(3). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21442255007>
- Brafford, L., & Beck, K. (1991). Development and validation of a condom self-efficacy scale for college students. *Journal of American College Health, 39*(5), 219-225. <http://dx.doi.org/10.1080/07448481.1991.9936238>

- Brito, M. O., Davis, M., & Chakrabarti, A. (2014). A cross-national study to compare the knowledge attitudes perceptions of sexually transmitted diseases and the sexual risk behaviors of latino adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 26*(2), 203-208.
- Brown, I., S. (1984). Development of a scale to measure attitude toward the condom as a method of birth control. *Sex Res. 20*(3):255-263.
- Cacéres, C., Mendoza, W., Konda, K., & Lescano, A. (2007). Nuevas evidencias para las políticas y programas de salud en VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual en el Perú. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/47336/1/9789972222146.pdf>
- Camacho Rodríguez D., & Pabón Varela, Y. (2014) Percepciones que afectan negativamente el uso del condón en universitarios de la Costa Caribe colombiana. *Hacia la Promoción de la Salud. 19*(1):54-67. <http://redalyc.org/articulo.oa?id=309131703005>
- Camara, S., Sariera, S., & Carlotto, M. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo ante adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology, 41* (2), 161-6.
- Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades. (2018). Recuperado de [http://salud.edomex.gob.mx/cevece/ent\\_infecciones\\_ts](http://salud.edomex.gob.mx/cevece/ent_infecciones_ts)
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, (2017). Análisis de la Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. Recuperado de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2017/SE23/vih.pdf>

- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH SIDA CENSIDA, (2013). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Recuperado de [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L\\_E\\_V\\_S.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf)
- Charnigo, R., Crosby, R., & Troutman, A. (2010). Psychosocial Constructs Associated with Condom Use Among High-Risk African American Men Newly Diagnosed with a Sexually Transmitted Disease. *Annals Medical Behavior, 39*(3), 303-310. doi:10.1007/s12160-010-9184-6
- Consejo Nacional de la Población, (2014). *Panorama de la Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de [http://www.conapo.gob.mx/ess/CONAPO/Panorama\\_de\\_la\\_salud\\_sexual\\_y\\_reproductiva\\_2014](http://www.conapo.gob.mx/ess/CONAPO/Panorama_de_la_salud_sexual_y_reproductiva_2014)
- Corona, F., y Funes, F. (2015). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Los Condes, 26*(1), 74-80. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2014.12.004>
- Cox, T. (2015). La verdad sobre el número de parejas sexuales. *GQ*. Recuperado de: <https://www.gq.com.mx/cuidados/sexo/articulos/debemos-ser-sinceros-o-mentir-sobre-nuestro-numero-de-parejas-sexuales/4760>
- De Jesús-Reyes, D., & Menkes-Bancet, C. (2014). Prácticas y significados del uso del condón en varones adolescentes de dos contextos de México. *Papeles de Población, 20*(79), 73-97.
- Delgado, J. (2015). Estimación psicométrica de la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo para adolescentes en México. *Psychosocial Intervention, 24*(1), 1-7. doi:1016/psi.2014.11.004

- Dijkstra, A., & De Vries, H. (2000). Clusters of precontemplating smokers defined by the perceptions of the pros, cons and self-efficacy. *Addictive Behaviors, 25*, 373-385.
- Eggers, S., Aaro, L., Bos, A., Mathews, C., & De Vries, H. (2014). Predicting Condom Use in South Africa: A Test of Two Integrative Models. *AIDS and Behavior, 18*(1): 135-45. doi:10.1007/s10461-013-0423-2
- Espada, J., Morales, A., Guillén, A., Ballester, R. & Orgiles, M. (2015). Predicting condom use in adolescents: a test of three socio-cognitive models using a structural equation modeling approach. *BMC Public Health, 16*(35). doi: 10.1186/s12889-016-2702-0
- Estrada, F., Campero, L., Suárez-López, L., de la Vara-Salazar, E., & González-Chávez, G. (2017). Conocimientos sobre riesgo de embarazo y autoeficacia en hombres adolescentes: apoyo parental y factores escolares. *Salud Pública de México, 59*, 556-565. doi.org/10.21149/7959
- Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA) (2017). *Versión Final Mayo 2017*. Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/233399/Gu\\_a\\_ENAPEA\\_Versi\\_n\\_Final\\_Mayo\\_2017.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/233399/Gu_a_ENAPEA_Versi_n_Final_Mayo_2017.pdf)
- Eversole, J., Berglas, N., Deardorff, J., & Constantine, N. (2017). Source of Sex Information and Condom Use Intention Among Latino Adolescents. *Health Education & Behavior, 44*(3), 439-447. doi:10.1177/1090198116671704
- Faganet, P., Eisenberg, M., Frazier, L., Stoddard, A., Avrunin, J., & Sorensen, G. (2003). Employed adolescents and beliefs about

self-efficacy to avoid smoking. *Addictive Behaviors*, 28, 613-626.

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), (2017). *Informe Anual 2017*. Recuperado de: <https://www.unicef.org.mx/Informe2017/Informe-Anual-2017.pdf>

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), (2016). *Ambientes escolares libres de discriminación*. Recuperado de [https://unicef.org.co/sites/default/files/informes/Ambientes%20escolares%20Libres%20de%20Discriminacion%20May%202016\\_0.pdf](https://unicef.org.co/sites/default/files/informes/Ambientes%20escolares%20Libres%20de%20Discriminacion%20May%202016_0.pdf)

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), (2018). Estado de la Población Mundial 2018. Recuperado de <https://www.unfpa.org/es/press/estado-de-la-poblaci%C3%B3n-mundial-2018>

García-Vega, Menéndez, Fernández, & Cuesta (2012). Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), pp. 79-87.

Getachew, G., Negussie, D., & Gezaheng, T. (2013). Intention to use condom among students in Agena preparatory school, Guraghe Zone, Ethiopia: with the application of health believe model. *Archives of Public Health*, 71(23), 3-9.

Gloria, C., Beltran, J., Calderón, M., Piazza, M., & Chávez, S. (2017). *Salud Pública*. doi:10.17843/rpmesp.2017.344. 2971

Grisales, H., Castaño, G., Colorado, L., & Rodas, J. (2014). Factores asociados a las prácticas sexuales de riesgo en estudiantes de colegios públicos y privados de la ciudad de Medellín. *Investigaciones Andinas*, 16(29), 150.



- Gómez-Inclán, S., & Durán-Arenas, L. (2017). El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 59(3):236-247.  
<http://doi.org/10.21149/7891>
- Grossman, Hadley, Brown, Houck, Peters, & Tolou-Shams, (2008). Adolescent sexual risk: factors predicting condom use across the stages of change. Doi:10.1007/s10461-008-9396-y  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18427971>
- Gwaltney, C., Shiffman, S., Norman, G., Paty, Kassel, J., Gnys, M., & Balanbis, M. (2001). Does smoking abstinence self-efficacy vary across situations?. Identifying contextspecificity with the relapse situation efficacy questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 516-527
- Herdman, H.T., y Kamitsuru, S., (2014). NANDA International, Inc. Diagnósticos Enfermeros, Definiciones y clasificación, 2015-2017.
- Hernández, A., & López, M. (2011). Adaptación transcultural de la escala para medir autoeficacia en el uso del condón masculino. *Index de Enfermería*, 20(3), 194-198. doi.org/10.4321/S1132-12962011000200012
- Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, (2014). Instituto Nacional de Estadística e Informática, (2015). Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitaes/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf)
- Jerónimo Maturana, C., Alvarez Leon, J., Carbonel Luyo, W., & Neira Goyeneche, J. (2009). Sexualidad y métodos anticonceptivos en

estudiantes de educación secundaria. *Acta Médica Peruana*, 26(3), 175–9.

- Kapadia, F., Latka, M., Wu, Y., Strathdee, S., Mackesy-amiti, M., Hudson, S., & Garfein, R. (2011). Longitudinal determinants of consistent condom use by partner type among young injection drug users: The role of personal and partner characteristics. *AIDS and Behavior*, 15(7), 1309-1318. doi.org/10.1007/s10461-009-9569-3
- Kirby, D., Laris, B., & Rolleri, L. (2007). Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the World. *Journal Adolescent Health*, 40(3), 206-217. doi.org/10.1016/j.jadohealth.2006.11.143
- Kocić, B., Kostić, M., & Cagulović, T. (2013). Internet-Based Promotion of Safer Sex and Condom Use among Young People. *Scientific Journal of the Faculty of Medicine*, 30(3), 111-116.
- Kostrzewa, K. (2008). The sexual and reproductive health of young people in Latin America: evidence from WHO case studies. *Salud Pública México*. 50 (1), 10–6.
- Levenson, S. (2010). *The effect of a promotora-guided educational intervention and partner presence in improving condom use self-efficacy amongst partnered latino adults* (Order No. 3430040). Available from ProQuest Central. (760988638). Recuperado de <https://exproxy.udem.edu.mx:2119/docview/760988638?accountid=17236>
- Levinson, R. A. (1984). Contraceptive self-efficacy. A perspective on teenage girls contraceptive behavior. *The Journal of Sex Research*, 22(3):347-369

- Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (s.f.)  
Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/comp/rlgsmis.html>
- Lopez, L., Bernholc, A., Chen, M., & Tolley, E. (2016). School-based interventions for improving contraceptive use in adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6. Art. No.: CD012249. DOI: 10.1002/14651858.CD012249.
- López, R., & Moral, R. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del Sida en adolescentes. *Salud Pública*, 43, 421-432.
- López-Rosales, F., & Moral de la Rubia, J. (2005). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*, 43(3), 421-432.
- Lumbrera, D., Montezuma, A., Dosamantes, C., Medina, H., Cervantes, R., & Lopez, L. (2009). Estilos de vida y riesgos para la salud en estudiantes. *Revista Digital Universitaria*, 10(2), 1-14.
- Martín, G., Wilkinson, G., & Poulos, C. (1995). The drug avoidance self-efficacy scale. *Journal of Substance Abuse*, 7, 151-163.
- Menkes, C. (2016). Opciones de vida de la juventud y reproducción temprana en México. Recuperado de <http://xiiireuniondemografica.colmex.mx/images/plenarias/P.II.pdf>
- Ministerio de la Protección Social de Colombia, (2011). Guía de Prevención VIH/SIDA. *Población privada de la libertad*. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio\\_vih/documentos/prevencion/promocion\\_prevencion/prevencion\\_poblaciones\\_vulnerables/a\\_poblaciones\\_vulnerables/PPL.pdf](https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/prevencion/promocion_prevencion/prevencion_poblaciones_vulnerables/a_poblaciones_vulnerables/PPL.pdf)

- Mora Cancino, A., & Hernández Valencia, M. (2015). Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatología y Reproducción Humana*, 29(2):76-82.  
<https://doi.org/10.1016/j.rprh.2015.05.004>
- Morales-Mesa, S., Arboleda-Álvarez, O., & Segura-Cardona, A. (2014). Las prácticas sexuales de riesgo al VIH en población universitaria. *Revista de Salud Pública*, 16(1), 27-39.
- Moyo, W., Levandowski, B., MacPhail, C., Rees, H., & Pettifor, A. (2008). Consistent Condom Use in South African Youth's Most Recent Sexual Relationships. *AIDS and Behavior*, 12, 431-440.  
doi: 10.1007/s10461-007-9343-3.
- Nava, A. (2015). La verdad sobre el número de parejas sexuales. *GQ*, Recuperado de <https://www.gq.com.mx/cuidados/sexo/articulos/debemos-ser-sinceros-o-mentir-sobre-nuestro-numero-de-parejas-sexuales/4760>
- Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, (2019). Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud%7Ccensia/articulos/proyecto-de-norma-oficial-mexicana-proy-nom-047-ssa2-2014-para-la-atencion-a-la-salud-del-grupo-etario-de-10-a-19-anos-de-edad>
- Oei, T., & Morawska, A. (2004). A cognitive model of binge drinking: The influence of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy. *Addictive Behaviors*, 29, 159-179.
- Oei, T., Hasking, P., & Phillips, L. (2007). A comparison of general self-efficacy and drinking refusal self-efficacy in predicting drinking behavior. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 833-841.

- Omán, R., Vesely, S., Green, J., Fluhr, J., & Williams, J. (2016). Short-Term Impact of a Teen Pregnancy-Prevention Intervention Implemented in Group Homes. *Journal Adolescent Health*. 59(5):584-591. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.07.002
- ONUSIDA, (2014). The GAP Report. Recuperado de [http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS\\_Gap\\_report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf)
- ONUSIDA, (2016). Fast-Track to ending AIDS. Recuperado de [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2016HighLevelMeeting\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016HighLevelMeeting_en.pdf)
- Organización Mundial de la Salud, (2015). Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente, (2016-2030): *sobre vivir, prosperar, transformar*. Recuperado de <https://www.who.int/.../estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf>
- Organización Mundial de la Salud, (2016). Infecciones de transmisión sexual. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Organización Mundial de la Salud, (2019). Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
- Organización Mundial de la Salud, (2019). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. *Desarrollo en la Adolescencia*. Recuperado de [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es)

- Orcasita, L., Mosquera, J., & Carrillo, T. (2018). Autoconcepto, autoeficacia y conductas sexuales de riesgo en adolescentes. *Informes Psicológicos, 18*(2), 141-168.
- Orcasita, L., Palma, D., Sadeghian, H., Villafañe, A., Sánchez, D., Sevilla, Torres-de la Roche, L., & De Wilde, R. (2018). Sexualidad en hombres adolescentes escolarizados: Un análisis comparativo entre instituciones públicas y privadas en Colombia. *Ciencias de La Salud, 16*(3), 424-443.
- Oviedo & Campo-Arias. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría XXXIV (4)*, 572-580. Recuperado de: [www.redalyc.org/pdf/806/80634409.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/806/80634409.pdf)
- Palacios, D. (2015). Estimación psicométrica de la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo para adolescentes en México. *Psychosocial Interventions, 24*(1), 1-7.
- Panneflex, P., Salazar, D., & Munive, M. (2016). Conocimientos, creencias y prácticas de los adolescentes de la cultura Caribe en anticoncepción. *Revista Cuidarte, 7*(1), 1204-1209.
- Parent, M., & Moradi, B. (2015). Self-Objectification and Condom Use Self-Efficacy in Women University Students. *Archives of Sexual Behavior, 44*(4), 971-981.
- Peralta-Sánchez, A. (2018) Conocimientos y actitudes de 700 adolescentes de 12-17 años acerca de la sexualidad y la anticoncepción, originarios del sureste del estado de Puebla, México. *Revista de Ginecología y Obstetricia de México. 86*(9):606-610. doi:<https://doi.org/10.24245/gom.v86i9.2296>

- Pérez, D., Fonseca, J., & Sánchez, J. (2014). Placer y decisión: reflexiones sobre las causas por las cuales los jóvenes universitarios no utilizan el condón a pesar de estar informados. *Revista Digital Universitaria*. Recuperado de: <http://www.revista.unam.mx/vol.12/num6/art62/art62.pdf>
- Pick, S., Givaudan, M., & Poortinga, Y. (2003). Sexuality and life skills education: a multistrategy program in Mexico. *American Psychologist*, 58, 230-234. doi.org/10.1037/0003066X.58.3.230
- Plan Multisectorial Perú, (2013). Prevención del Embarazo en Adolescentes, Decreto Supremo N° 012-2013-SA. Recuperado de <https://www.minsa.gob.pe> > Especial > adolescentes > \_con
- Pons-Salvador, G., Miralles, D., & Guillen-Salazar, F. (2010). El efecto del optimismo no realista en la intención del uso del condón como método de prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual. *Anales de Psicología*, 26(2), 310 -317.
- Randolph, M., Pinkerton, S., Bogart, L., Cecil, H., & Abramson, P. (2007). Sexual Pleasure and Condom Use. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 844-848.
- Ritchwood, T., Penn, D., Peasant, C., Albritton, T., & Corbie-Smith, G. (2017). Condom Use Self-Efficacy Among Younger Rural Adolescents: The Influence of Parent-Teen Communication, and Knowledge of and Attitudes Toward Condoms. *The Journal of Early Adolescence*, 37(2), 267-283. doi:10.1177/0272431615599065
- Rivera-Rivera, L., Leyva-López, A., García, A., De Castro, F., González, D., & De los Santos, L. (2016). Inicio de relaciones

sexuales con penetración y factores asociados en chicos y chicas de México de 14-19 años de edad con escolarización en centros públicos. *Gaceta Sanitaria*, 30(1): 24-30.

Robles, S., Rodríguez, M., Frías, B., & Moreno, D. (2014). Indicadores del uso eficaz del preservativo. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2), 244-258.

Royuela Ruiz, P., Rodríguez Molinero, L., Marugán de Miguelsanz, J.M., & Carbajosa Rodríguez, V. (2015). Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. *Pediatría Atención Primaria*, XVII(66):12736. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3666/366641635004>

Sánchez, J. (2006). Efectos de la presentación del mensaje para realizar conductas saludables, el papel de la autoeficacia y de la motivación cognitiva. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 613-630

Sánchez Medina, R., Enríquez Negrete, D., & Robles Montijo, S. (2016). Evaluación de un programa de intervención para promover la salud sexual en adolescentes mexicanos en conflicto con la ley. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 257-268. doi:10.14718/ACP.2016.19.2.11

Sánchez-Meneses, M., Dávila-Mendoza, R., Ponce-Rosas, E. (2015). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Atención Familiar*; 22(2):35-38. Recuperado <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2015/af152b.pdf>

Sanjuán Suárez, P., Pérez García, A., & Bermúdez Moreno, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la



adaptación para población española. *Psicothema*, 12(Su2), 509-513.

- Schmid, A., Leonard, N., Ritchie, A., & Gwadz, M. (2015). Assertive Communication in Condom Negotiation: Insights From Late Adolescent Couples Subjective Ratings of Self and Partner. *Journal of Adolescent Health*, 57(1), 94-99.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.03.005>
- Senteio, C., Wright, S., Jackson, R., Welk, S., & Zhang, S. (2010). Effective resources supporting healthy sexual behavior in formerly.
- Sousa, C.S., Castro, R.C., Pinheiro, A., Moura, E., Almeida, P., Aquino, P. (2017). Cross-cultural adaptation and validation of the Condom Self-Efficacy Scale: application to Brazilian adolescents and young adults. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1062.2991>.
- Teva, Bermúdez, & Ramiro. (2014). Satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: Evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 46(2), 127-136. doi:10.1016/S0120-0534(14)70016-0
- Thurman, T., Kidman, R., Carton, T., & Chiroro, P. (2016). Psychological and behavioral interventions to reduce HIV risk: evidence from a randomized control trial among orphaned and vulnerable adolescents in South Africa, *AIDS Care*, 28(1), 8-15.
- Torres, Lau, & Flores. (2015). Preventing Teen Pregnancy: A Qualitative Study of the Perspectives of Parenting and Expecting Latino

Adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 28(2), E34-E35. doi:10.1016/j.jpag.2015.02.013

UNICEF, (2016). Ambientes escolares libres de discriminación.

Recuperado de [https://unicef.org.co/sites/default/files/informas/Ambientes%20escolares%20Libres%20de%20Discriminacion%20May%202016\\_0.pdf](https://unicef.org.co/sites/default/files/informas/Ambientes%20escolares%20Libres%20de%20Discriminacion%20May%202016_0.pdf)

UNICEF, (2017). VIH y Sida. Recuperado de <https://www.unicef.org/es/vih>

Uribe-Alvarado, J., Bahamón, M., Reyes-Ruíz, L., Trejos-Herrera, A., & Alarcón-Vásquez, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y práctica sexual protegida en jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(1), 203-211. DOI:10.14718/ACP.2017.20.1.10

Uribe Alvarado, J., Riaño Garzón, M., Bonilla Cruz, N., Carrillo Sierra, S., Hernández Peña, Y., & Bahamón, M. (2017). Percepción de autoeficacia vs. rechazo del uso del condón en las prácticas sexuales de mujeres y hombres jóvenes/Self-efficacy perception vs. rejection of condom use in the sexual practices of young women and men. *Psicogente*, 20(37). doi.org/10.17081/psico.20.37.2416

Uribe, J., Aguilar, J., Zacarias, X., & Aguilar, A. (2015). Modelos Explicativos del Uso del Condón en las Relaciones Sexuales de Adolescentes. *Acta de Investigación Psicológica*, 5, 1904-1915. doi.org/10.1016/S2007-4719(15)30010-7

Uribe, R., Vélez, T., & Barona, C. (2009). Susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida en adolescentes de Cali-

- Colombia. *Revista Latinoamericana ciencias sociales niñez juventud*, 47(2) 1:1513-33.
- Vargas, E., & Espinoza, R. (2013). Tiempo y edad biológica. *Arbor*, 189 (760). Doi: <http://dx.org/10.3989/arbor.2013.76n2008>
- Villalobos, A., De Castro, F., Rojas, R., & Allen, B. (2017). Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas del nivel medio superior: uso y necesidades insatisfechas. *Salud Pública de México*. doi.org/10.21149/8481
- Villa-Paleo, M.T., & Carranza-Madrigal, J. (2017). Conocimiento del uso correcto del condón masculino en alumnos de preparatoria de una población indígena del estado de Michoacán. *Revista del Colegio de Medicina Interna de México*; 33(5):36-60. DOI: <https://do10.i.org/24245/imm.v33i5.1163>.
- Villegas, N., Cianelli, R., Santiesteban, D., Lara, L., & Vargas, J. (2016). Factores que influyen la adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH en mujeres jóvenes chilenas que participaron en intervención Online I-STIPI. *Hispanic Health Care International*, 14(1), 47-56.
- Yu, Bin, Chen, Xinguang, Stanton, Bonita, Chen, Ding-Geng, Xu, Yunan, & Wang, (2018). Quantum changes in self-efficacy and condom-use intention among youth: A chained cusp catastrophe model. *Journal of Adolescence*, 68, 187-197.
- Zhang, J., Zhang, D., & Chock, T. (2014). Effects of HIV/AIDS public service announcements on attitude and behavior: interplay of perceived threat and self-efficacy. *Social Behavior and personality*, 42(5), 799-809.

## **Apéndices**

## Apéndice A

# Aprobación Comité de Ética en Investigación y Comité de Investigación



UNIVERSIDAD  
DE MONTERREY

**UNIVERSIDAD DE MONTERREY  
VICERRECTORÍA DE CIENCIAS DE LA SALUD  
COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN (CEI)  
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN (CI)**

San Pedro Garza García, N.L., México 19 de agosto de 2019

**Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila, María Cristina Osuna Rodríguez**  
Investigadoras Principales de Protocolo de Investigación  
Estimadas investigadoras

**Ref.: 19082019-b-ENF2-CEI**

A los efectos del cumplimiento de las Buenas Prácticas Clínicas, **el Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación de la Vicerrectoría de Ciencias de la Salud de la Universidad de Monterrey (CIE), Aprueban** luego de haber examinado el plan, diseño y consideraciones científicas y éticas, el protocolo de investigación intitulado:

***"Autoeficacia del uso de condón masculino en adolescentes"***

El protocolo fue sometido a evaluación por los **Comités** mencionados con antelación, encontrando que cumple con todos los lineamientos a los que deben sujetarse las investigaciones biomédicas en humanos.

Le requerimos se realicen reportes trimestrales firmados por usted donde se consignen los resultados, incidentes, efectos secundarios y complicaciones que se presenten durante la investigación, y que se reporte en forma inmediata cualquier evento adverso que ponga en riesgo la vida de los participantes en el estudio.

Asimismo, declaramos que todos los datos contenidos en la presente solicitud y la documentación revisada y analizada, corresponden a información verídica, exacta y completa.

**Atentamente,**

**Dr. Pablo Villarreal Guerra**  
Presidente del Comité de Ética en Investigación

**Dr. Gerardo Rivera Silva PhD**  
Presidente del Comité de Investigación

Av. Morones Prieto 4500 Pte.  
San Pedro Garza García, N. L.  
México, C. P. 66238

Tel. +52 (81) 8215-1000

01 800 801 UDEM  
udem.edu.mx

## Apéndice B

### Consentimiento informado para padres

Folio:

Fecha:

**Título del proyecto:** Autoeficacia del uso de condón masculino en adolescentes.

**Investigador Principal:** María Cristina Osuna Rodríguez

**Objetivo:** Describir el nivel de autoeficacia del uso de condón masculino en adolescentes.

**Criterios de selección:** Mi hijo ha sido seleccionado para participar en esta investigación por cumplir con los criterios de selección.

**Procedimiento:** Responder cuestionario de 28 preguntas y una cédula de datos.

**Confidencialidad:** Al participar no se compartirán datos personales con nadie excepto con los investigadores del estudio.

**Riesgos:** Esta investigación no tiene riesgo de salud ni consecuencias académicos.

**Beneficios:** No existe beneficio económico.

**Preguntas:** Si se presenta alguna duda favor de comunicarse con: MCE. Patricia Addarith Magaña Lozano, 81228122 ext: 6553, Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila, 81228122, ext: 6390, o María Cristina Osuna Rodríguez 8115774596.

**Renuncia o retiro:** Si en cualquier momento se decide abandonar la encuesta no habrá repercusión alguna.

**Conclusión:** Acepto la participación de mi hijo en la investigación sin ninguna amenaza.

**Consentimiento:**

Si acepto  No acepto

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Firma del testigo 1: \_\_\_\_\_

Firma del testigo 2: \_\_\_\_\_

## Apéndice C

### Asentimiento informado

Folio:

Fecha:

**Título del proyecto:** Autoeficacia del uso de condón masculino en adolescentes.

**Investigador Principal:** María Cristina Osuna Rodríguez

**Objetivo:** Describir el nivel de autoeficacia del uso de condón masculino en adolescentes.

**Criterios de selección:** He sido seleccionado para participar en el estudio por cumplir con los criterios de selección, ser adolescente de 12 a 16 años y estudiar en una escuela pública.

**Procedimiento:** Responder cuestionario de 28 preguntas y cédula de datos.

**Confidencialidad:** Al participar no se compartirán mis datos personales con nadie excepto con los investigadores del estudio.

**Riesgos:** Esta investigación no tiene riesgo de salud ni consecuencias académicos.

**Beneficios:** No existe beneficio económico.

**Preguntas:** Si se presenta alguna duda favor de comunicarse con: MCE. Patricia Addarith Magaña Lozano, 81228122, ext: 6553, Dra. Sandra Paloma Esparza Dávila, 81228122, ext: 6390, o María Cristina Osuna Rodríguez 8115774596.

**Renuncia o retiro:** Si en cualquier momento decido abandonar la encuesta no habrá repercusión alguna.



**Conclusión:** Yo acepto participar en la investigación sin ninguna amenaza

**Consentimiento:**

Si acepto  No acepto

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Firma del testigo 1: \_\_\_\_\_

Firma del testigo 2: \_\_\_\_\_



**Apéndice E**  
**Escala de autoeficacia para el uso del condón**  
**(Brafford & Beck, 1991)**

Las siguientes preguntas están relacionadas con la opinión que tienes sobre tu capacidad para usar condón en diferentes situaciones.

**Instrucciones:**

1. Señale con una X lo que aplique a tu persona.
2. Las opciones de respuesta son las siguientes:
  - 0**=Totalmente en desacuerdo
  - 1**=En desacuerdo
  - 2**=Ni de acuerdo ni en desacuerdo
  - 3**=De acuerdo
  - 4**=Totalmente de acuerdo

<b>Preguntas</b>	<b>TD 0</b>	<b>ED 1</b>	<b>N 2</b>	<b>DA 3</b>	<b>TA 4</b>
1. Me siento seguro en mi habilidad para colocar un condón a mi o a mi pareja.					
2. Me siento seguro de que puedo comprar condones sin sentirme apenado.					
3. Me siento seguro de que puedo acordarme de llevar un condón conmigo si creo que lo voy a necesitar.					
4. Me siento seguro de mi capacidad para discutir el uso del condón con cualquier pareja que pudiera tener.					
5. Me siento seguro de mi capacidad para sugerir el uso de condones con una nueva pareja.					

(continúa)

**Instrucciones:**

1. Señale con una X lo que aplique a tu persona.

2. Las opciones de respuesta son las siguientes:

**0**=Totalmente en desacuerdo

**1**=En desacuerdo

**2**=Ni de acuerdo ni en desacuerdo

**3**=De acuerdo

**4**=Totalmente de acuerdo

<b>Preguntas</b>	<b>TD 0</b>	<b>ED 1</b>	<b>N 2</b>	<b>DA 3</b>	<b>TA 4</b>
6. Me siento seguro de que podría sugerir el uso de un condón sin hacer sentir mal a mi pareja (que está enferma o infectada con alguna enfermedad).					
7. Me siento seguro de mi habilidad y la de mi pareja para mantener la erección (pene duro y elevado) mientras usamos un condón.					
8. Me sentiría avergonzado de poner un condón a mi o a mi pareja.					
9. Si tuviera que sugerir el uso de un condón a una pareja, yo me sentiría con miedo de que él o ella me rechace.					
10. Si estuviera inseguro de la opinión de mi pareja sobre el uso del condón, yo no le sugeriría usarlo.					
11. Me siento seguro de mi habilidad para usar un condón correctamente.					
12. Me sentiría cómodo al discutir el uso del condón con una posible pareja sexual antes de tener cualquier contacto sexual.					

(continúa)

**Instrucciones:**

1. Señale con una X lo que aplique a tu persona.

2. Las opciones de respuesta son las siguientes:

**0**=Totalmente en desacuerdo

**1**=En desacuerdo

**2**=Ni de acuerdo ni en desacuerdo

**3**=De acuerdo

**4**=Totalmente de acuerdo

<b>Preguntas</b>	<b>TD 0</b>	<b>ED 1</b>	<b>N 2</b>	<b>DA 3</b>	<b>TA 4</b>
13. Me siento seguro de mi capacidad de convencer a mi pareja para aceptar el uso de un condón cuando tenemos relaciones sexuales.					
14. Me siento seguro de que podría retirar cuidadosamente el condón y desecharlo después de la relación sexual.					
15. Si mi pareja y yo estuvimos tratando de usar un condón y no tuvimos éxito (por ejemplo, no ser capaz de desenrollar el condón o ponerlo al revés) me sentiría avergonzado de tratar de utilizar otro.					
16. No me sentiría seguro de sugerir el uso del condón con una nueva pareja, porque me sentiría temeroso de que él o ella pudiera pensar que he tenido experiencias homosexuales.					
17. No me sentiría seguro de sugerir el uso de condones con una nueva pareja, porque él o ella podrían pensar que tengo una enfermedad de transmisión sexual.					

(continúa)

**Instrucciones:**

1. Señale con una X lo que aplique a tu persona.

2. Las opciones de respuesta son las siguientes:

**0**=Totalmente en desacuerdo

**1**=En desacuerdo

**2**=Ni de acuerdo ni en desacuerdo

**3**=De acuerdo

**4**=Totalmente de acuerdo

<b>Preguntas</b>	<b>TD 0</b>	<b>ED 1</b>	<b>N 2</b>	<b>DA 3</b>	<b>TA 4</b>
18. No me sentiría seguro de sugerir el uso del condón con una nueva pareja, porque temería que él o ella pudiera pensar que yo creo que él o ella tiene una enfermedad de transmisión sexual.					
19. Me sentiría cómodo discutiendo el uso del condón con una posible pareja antes de tener relaciones sexuales.					
20. Me siento seguro de mi habilidad para ponerme un condón a mí mismo o a mi pareja durante las caricias antes de tener relaciones sexuales.					
21. Me siento seguro de mi habilidad para colocar un condón a mí o a mi pareja.					
22. Me siento seguro de mi habilidad de poner un condón a mí mismo o a mi pareja rápidamente.					
23. Me siento seguro de que podría usar un condón durante las relaciones sexuales sin reducir las sensaciones sexuales (sentirme excitado).					

(continúa)

**Instrucciones:**

1. Señale con una X lo que aplique a tu persona.

2. Las opciones de respuesta son las siguientes:

**0**=Totalmente en desacuerdo

**1**=En desacuerdo

**2**=Ni de acuerdo ni en desacuerdo

**3**=De acuerdo

**4**=Totalmente de acuerdo

<b>Preguntas</b>	<b>TD 0</b>	<b>ED 1</b>	<b>N 2</b>	<b>DA 3</b>	<b>TA 4</b>
24. Estoy seguro de que podría recordar usar un condón incluso después de haber estado bebiendo.					
25. Estoy seguro de que puedo recordar usar un condón aunque estuviera drogado.					
26. Si mi pareja no quisiera usar un condón durante las relaciones sexuales, yo fácilmente podría convencerlo a él o ella de que es necesario hacerlo.					
27. Me siento seguro de que podría usar un condón correctamente.					
28. Me siento seguro de que podría hacer un alto para poner a mí o a mi pareja un condón aún en un momento apasionado.					

## **Resumen Autobiográfico**

María Cristina Osuna Rodríguez

Candidato para obtener el grado de Licenciatura en Enfermería

**Tesis:** Autoeficacia del uso de condón masculino en adolescentes

**Área de estudio:** Comunitario

### **Biografía:**

Nacida en Ciudad Mante, Tamaulipas, el día 10 de Junio de 1969. Hija de la Sra. María del Pilar Rodríguez de Osuna y el Sr. Gregorio Osuna Cobos.

### **Educación:**

Primaria y Secundaria Instituto Mater, A.C.

Preparatoria Universidad Regiomontana

Profesional Universidad Regiomontana

### **Experiencia laboral:**

Grupo Financiero Serfin, S.N.C., Compartamos Banco, Fomepade, SOFOM, ENR., Grupo GUTOSU SAPI, DE C.V. Durante la trayectoria escolar se realizaron prácticas clínicas en hospitales públicos y privados e igualmente prácticas comunitarias en centros de salud.

**Contacto:** maria.osunar@udem.edu