



UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO

CAMPUS LEÓN

DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

“La intención hacia el uso del condón
en adolescentes”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

Erika Magdalena Sánchez Rodríguez

Director

Dr. Fredi Everardo Correa Romero

Lectores:

Dr. Tonatiuh García Campos

Dra. Gabriela Navarro

León, Gto. Noviembre 2018

Agradecimientos

Agradezco al **Dr. Fredi Correa**, por todos los aprendizajes que a lo largo de la licenciatura fueron de suma importancia, tanto en el ámbito profesional, como en lo personal, pero sobre todo le agradezco el haber depositado su confianza en mí y por todo su apoyo recibido y más que nada por el simple hecho de ser una persona que me inspira.

Gracias al Dr. **Tonatiuh García**, quien formó parte importante en mi desarrollo profesional a lo largo de la carrera y a quien le tengo una gran admiración. Y agradezco a la **Dra. Gabriela Navarro** por haberme brindado la oportunidad de darle a conocer el trabajo que he desempeñado durante este proceso.

Agradezco infinitamente a mi papá **Juan** y mi mamá **Ivonne** que siempre me impulsan a dar siempre la mejor versión de mí misma, por ser las principales personas que me apoyan y me motivan cuando estoy a punto de caer, gracias por hacerme una persona con grandes fortalezas a través de las suyas.

Le agradezco a mi hijo **Erik**, mi mayor motor, mi impulso, la personita con la que voy de la mano y me hace feliz día con día con su sonrisa y su inocencia. Gracias por ser mi mayor motivación en la vida.

A **Juanjo**, mi hermano, con quien río y lloró, por acompañarme en las buenas y malas, por ser mi cómplice, pero sobre todo por enseñarme a ser una hermana mayor.

A **Guada**, mi segunda mamá, quien me cuida, me protege y me apoya, pero también me hacer ver mis errores para mi mejora personal.

A mis abuelos **Jesús** y **Nacho**, por brindarme cariño incondicional y en especial a mi abuelita **Lupe** que, aunque ya no está con nosotros me quiso mucho y me enseñó grandes cosas.

A mis tías, **Mari** y **Lulú**, personas que me motivaron a formarme como una mujer de profesión, pero sobre todo como una persona de bien.

A **Gerardo**, quien desde que lo conocí siempre me ha mostrado su apoyo y respeto hacia mi persona, gracias por aparecer en mi vida, brindarme tanto cariño y convertirme en mi compañero incondicional

A mis amigas **Ari**, **Paola** y **Tania**, mujeres que me han acompañado en algún momento de la vida y que me han dejado grandes enseñanzas, a mis amigos **Pantoja**, **Manuel** y **Agustín** por aconsejarme en todo momento y mostrarme el verdadero valor de la amistad.

Índice

Agradecimientos	2
Resumen.....	7
Los Riesgos en la Salud de los Adolescentes	9
El Inicio de la Vida Sexual de las y los Adolescentes	11
El Riesgo de Embarazo en la Adolescencia.....	14
El Riesgo del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual	20
Las Condiciones del "No Uso del Preservativo"	25
El Uso del Preservativo como Promotor de la Salud Sexual	29
Modelos de Factores Predictores del Uso del Condón.	30
La Información y las Creencias de las y los Adolescentes en torno a las Conductas Sexuales	31
Teoría de la Autoeficacia de Bandura.....	33
La Teoría de Acción Razonada.....	36
De acuerdo con Fisbein y Ajzen (1975), el factor que más se aproxima a la conducta, es la intención, es decir la predisposición a ejecutar determinada conducta. Esta variable ha sido estudiada en México por Díaz-Loving y Robles (2009), los autores señalan que la intención de uso del condón es igual para hombres y para mujeres, sin embargo, se encuentran diferencias significativas para los que ya han tenido experiencias sexuales pasadas, ya que estos últimos presentan una mayor intención de llevar a cabo la conducta preventiva (uso del condón), que los que no han tenido ninguna experiencia sexual.....	36

La Teoría de la Acción Planificada.....	39
Modelo de Acción a Favor de la Salud (HAPA)	42
<i>Figura 3: Diagrama genérico del Modelo procesual de acción en salud. Recuperado de Schwarzer & Gutierrez-Doña (2009).</i>	43
Fase de Motivación del Modelo de Acción a Favor de la Salud	43
Método	52
Propósito de la Investigación	53
Fase 1: Elaboración del instrumento de medición	53
Fase 2. Análisis de las variables de la fase de motivación del Modelo de Acción a Favor de la Salud.	54
Participantes.....	57
Instrumento.	59
Procedimiento	61
Resultados	62
Evidencias psicométricas del instrumento	62
Análisis estadísticos de las variables	65
Discusión.....	74
Limitaciones.....	80
Conclusiones.....	81
Referencias.....	82

Resumen

En México, ha habido un aumento del embarazo adolescente, además de que se ha observado la disminución de la media de edad para el inicio de relaciones sexuales, siendo la mayoría sin el uso de algún método anticonceptivo (ENSANUT, 2012; CONAPO, 2015). El preservativo es el método recomendado debido a que, además del embarazo, previene la adquisición de la infección por VIH, así como otras infecciones de transmisión sexual (CENSIDA, 2010). El presente estudio busca conocer las variables de mayor incidencia en la intención hacia el uso del condón, basándose en el Modelo de Acción a Favor de la Salud (Schwarzer & Fuchs, 1996). De acuerdo con el modelo, las variables que predicen una mayor intención conductual son la Autoeficacia Percibida, las Expectativas de Resultado y la Percepción de Riesgo. En el presente estudio se buscó la aplicabilidad del modelo en la Intención del Uso del condón. Se llevó a cabo un estudio transversal, no experimental con 195 estudiantes de una secundaria de entre 12 y 16 años de edad, de la ciudad de León, Gto. Los resultados señalan que solo dos de las variables resultan con valor de predicción hacia la Intención de Uso del Condón, estas son las Expectativas de Resultado y la Autoeficacia Percibida. Esto implica que se cumple parcialmente la aplicabilidad del modelo a la población de León, Gto, ya que se excluye la variable de Percepción de Riesgo.

Palabras clave: Autoeficacia, Expectativas de Resultado, Riesgo, Intención y Uso de condón.

Abstract

In Mexico, there have been increased teen pregnancy and it have observed the decline in the average age for the onset of sex, the majority without the use of any contraceptive method (ENSANUT, 2012; CONAPO, 2015). The condom is the method recommended because, besides prevent pregnancy, prevent also the acquisition of HIV infection and other sexually transmitted infections (CENSIDA, 2010). This study seeks to understand the variables that most affect the intention to condom use, based on the model of Action for Health (Schwarzer & Fuchs, 1996). According to the model, the variables that better influence in a behavior intention are perceived self-efficacy, outcome expectations and risk perception. In the present study, was tested the applicability of the model in the intention of condom use. Is a non-experimental cross-sectional study with 195 students from a secondary between 12 and 16 years old, from the city of Leon, Guanajuato. The results show that only two of the variables are predictive value to the use condom intention, outcome expectations and perceived self-efficacy. This implies that the applicability of the model to the population of Leon, Guanajuato partially fulfilled because the Risk Perception variable was excluded.

Key words: Self-efficacy, Results Expectations, Risk, Intention and Condom Use.

Los Riesgos en la Salud de los Adolescentes

La adolescencia caracterizada por la exposición a diferentes riesgos es una etapa de múltiples transiciones, no solo físicas, también psicológicas y sociales (Aláez, Madrid & Antona, 2003; Mafla, 2008; Iglesias, 2013). De acuerdo con el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, los adolescentes son personas comprendidas en una edad entre 10 y 19 años (UNICEF, 2011). En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010) ha reportado que la población en México que se encuentran en una edad entre 10 y 14 años es de casi 11 millones y entre 15 a 19 años cerca de 12 millones (INEGI, 2010). En el estado de Guanajuato, la población adolescente entre 10 y 14 años es de 580 mil y entre 15 y 19 años la cifra es de 570 mil (INEGI, 2010), sumando un porcentaje del 20% de adolescentes entre 10 y 19 años en todo el estado.

Es útil ubicar la adolescencia temporalmente entre la niñez y la adultez y es importante agregar a la definición, que es la etapa de exposición a múltiples riesgos, que requiere importante atención y especial protección (World Health Organization, 2002). Se experimentan diversos y acelerados cambios que abarcan desde lo biológico, con el inicio de la pubertad, hasta el aspecto psicológico y social; sus principales problemas de salud son los relacionados a los accidentes, el consumo de alcohol y drogas, los trastornos del comportamiento alimentario, conductas sexuales que conducen a embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, es decir, son consecuencia de los comportamientos y estilos de vida que siguen (Aláez, Madrid & Antona, 2003).

En cuanto a los riesgos en cuestión de salud que atentan contra este grupo poblacional, Aláez, Madrid & Antona (2003) apuntan lo siguiente: "El cuidado de la salud de las y los adolescentes

precisa de aproximaciones técnicas y teóricas determinadas que se ajusten a sus peculiaridades en cuanto a la etapa evolutiva en que se hallan" (p.45).

Desde la pubertad las personas comienzan a experimentar cambios físicos y psicológicos y ello genera una gran preocupación en adolescentes, acompañada de extrañamiento y rechazo del propio cuerpo, inseguridad respecto a su atractivo y hay un incremento importante en el interés de la sexualidad sobre todo en los primeros años (Iglesias, 2013). Además, se presentan diferencias basadas en la forma de vivenciar la sexualidad en función del sexo, basadas principalmente en normas y creencias sociales y culturales.

Bahamón, Viancha y Tobos (2014), señalan que este repentino interés en la sexualidad, implica un riesgo con respecto a la salud, debido a que, para los hombres las conductas y las prácticas sexuales sirven como un mecanismo de autoafirmación y reconocimiento social, por lo que presentan una baja percepción de riesgo a comparación de las mujeres, las que consideran la sexualidad como un medio para experimentar intimidad y su vinculación emocional aparece con mayor arraigo como un factor de riesgo para la ejecución de conductas y prácticas de riesgo.

La conducta sexual se refiere al conjunto de actitudes tendentes a estimular el erotismo personal y de la pareja, mientras que la conducta sexual de riesgo es definida como la exposición del individuo a una situación que puede ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, principalmente causados por enfermedades de transmisión sexual, o generar una situación de embarazo no deseado (Espada, Quiles y Méndez, 2003).

El *Fondo de Población de las Naciones Unidas* (UNFPA, 2013), señala que los principales riesgos a los que se exponen los adolescentes, relacionados a la salud sexual, son principalmente los siguientes:

- El inicio no elegido, involuntario y/o desprotegido de su vida sexual

- La exposición a embarazos no planeados, no deseados, o en condiciones de riesgo
- La exposición a infecciones y enfermedades de transmisión sexual.

A continuación, se expondrá una revisión estadística referente a estos riesgos referidos por la UNFPA.

El Inicio de la Vida Sexual de las y los Adolescentes

Diversos estudios, señalan resultados alarmantes y relevantes sobre diversas conductas sexuales de riesgo. Por ejemplo, Herrick, Kuhns, Kinsky, Johnson y Garofalo (2013), en su estudio hecho con personas de diferentes etnias del mundo, reportaron que ocho de cada diez jóvenes participantes han tenido al menos una vez sexo sin protección.

En Etiopía, Gebreselassie, Deyessa y Tesfaye (2013), indicaron que de 450 estudiantes de preparatoria, el 27,1% habían tenido algún antecedente de relación sexual, siendo la edad promedio de debut sexual de 16.2; el 37% de la población que había tenido relaciones sexuales, nunca hicieron uso del condón, el 12% usó condón ocasionalmente y el 53.2% usaron condón en todo momento durante el sexo, también se señala que de la muestra total, hay un mayor porcentaje de jóvenes que no poseen la intención de hacer uso del condón en el próximo encuentro sexual. García-Vega, Menéndez, Fernández y Cuesta (2012) indicaron que el 10% de la muestra de jóvenes estudiantes españoles no utilizó ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual, el 45.5% declaró no usar de forma frecuente o no usar nunca el condón masculino en sus relaciones sexuales. Las razones para no hacer uso del preservativo fueron el estar bajo los efectos del alcohol (33.3%), que su pareja no quiso usarlo (31.6%), disminución del placer sexual (51%) y no pensar en los riesgos de no usarlo (29%).

Para el caso de Estados Unidos, se ha reportado el uso del condón durante el 79.1% de los últimos 10 eventos sexuales vaginales, para el caso de hombres adolescentes, mientras que las

mujeres adolescentes informaron el uso durante el 58.1% de los mismos (Reece, Herbenick, Schick, Sanders, Dodge & Fortenberry, 2010).

De acuerdo con el análisis hecho por Tschann, Flores, Groat, Deardorff & Wibbelsman (2011), con jóvenes latinos de 16 a 22 años provenientes de México, Nicaragua y El Salvador, el 37% de los jóvenes informaron que siempre usaron un condón en el último mes, y 37% nunca usaron un condón. El 59% de los adolescentes latinos reportaron querer usar un condón, el 44% quisieron evitar el uso del condón y el 18% tuvo ambos deseos en algún momento durante el último mes. Los hombres jóvenes usaron condones significativamente más a menudo que las mujeres jóvenes ($t [669] = 3.75, p < .001$). En comparación con las mujeres jóvenes, los hombres jóvenes percibieron que su pareja sexual deseaba usar condones con más frecuencia ($t [670] = 3.05, p < .002$).

En Colombia, en una muestra de jóvenes universitarios, el 80% de la población reporta haber iniciado actividad sexual, a partir de los 15 años (Acosta et. Al. 2010).

En nuestro país, de acuerdo con datos de la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*, (2006, y 2012), en México, se ha observado un aumento porcentual en los adolescentes que han iniciado su vida sexual, debido a que, de acuerdo con los resultados arrojados en 2006, el 15% de los adolescentes de 12 a 19 años la habían iniciado, mientras que en 2012 el porcentaje aumento a 23%, es decir, se observa un incremento del 8% en sólo 6 años.

En otro estudio llevado a cabo con una muestra de 964 jóvenes adolescentes de la ciudad de Monterrey en México, de entre 13 y 18 años de edad, se reportan los siguientes resultados relevantes: El porcentaje de adolescentes que han tenido relaciones sexuales es del 30%, en su primera relación sexual, el 35% empleó el condón. Entre las razones por las que no se empleó el preservativo, se encuentran por incomodidad o pérdida placer (40%) y económicas (30%). El

número medio de compañeros sexuales es de 2 a 3 personas y se encuentra una relación significativa entre el número de compañeros sexuales y la autoeficacia ($r=-0.17$), a mayor autoeficacia, menor número de compañeros sexuales. El 55% de los jóvenes sexualmente activos no emplean preservativos, y sólo lo usan con regularidad el 26% (López-Rosales & Moral-De la Rubia, 2001).

En un estudio llevado a cabo en México con jóvenes de bachillerato, se identifica como principal factor de riesgo, el inicio temprano de actividad sexual, además de que sólo el 32% de la población reporta haber usado algún tipo de método anticonceptivo (2009).

En cuanto a la edad promedio de la primera relación sexual, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), es de 18 años en México (Consejo Nacional de Población, 2015). Sin embargo, otros estudios hechos exclusivamente con jóvenes adolescentes muestran resultados que indican una media aún más baja de dieciocho años. Un ejemplo, es el estudio de Díaz-Loving y Robles (2009), hecho en la Ciudad México con adolescentes de entre 12 y 19 años, donde se arroja una media de edad de debut sexual de 14.68 años. Otro estudio, realizado por Uribe, Aguilar, Zacarías y Aguilar (2015), en el cuál hacen la diferenciación por sexo de la edad promedio de la primera relación sexual con una muestra de jóvenes de bachillerato de Colima, México, señala para el grupo de hombres una media de 15.4 años, de los que el 31.2% no se protegió en su primera relación sexual, mientras que las mujeres muestran una edad promedio de debut sexual de 16 años, de las cuales 24.2% no se protegió.

En la misma línea, Uribe, Amador, Zacarías y Villareal (2012) realizan un estudio donde encuentra diferencias estadísticamente significativas en cuanto al hombre y la mujer, ya que la edad promedio del debut sexual, en una muestra de jóvenes universitarios mexicanos, es de 16.8

años para los hombres y de 18.1 años para las mujeres, igualmente, se observan diferencias en la cantidad de parejas sexuales, siendo la media de 6.7 para los hombres y de 2.6 para las mujeres.

En 2015, de los adolescentes que participaron en el sondeo del Consejo Nacional de Población (2015) y que reportaron haber iniciado su vida sexual, 54% afirmaron haber usado, ellos o su pareja, algún método anticonceptivo, tal cifra hace visible un aumento del 16% del 2009 al 2014 en este rubro (CONAPO, 2015), el resultado, aunque es favorable, deja ver que casi la mitad de los adolescentes no hacen uso de ningún anticonceptivo al inicio de su vida sexual. Aumenta la gravedad de la problemática, al considerar el factor de acceso a los servicios de salud, ya que a nivel mundial, alrededor de 222 millones de mujeres no tienen cubiertas sus necesidades en materia de anticonceptivos (Singh & Darroch, 2012).

En un estudio llevado a cabo en la Ciudad de México, a través de los usuarios de los Centros de Salud, se reportó que de una muestra de 120 adolescentes, el preservativo como el método más utilizado con un porcentaje del 65.2%, sin embargo, el nivel de conocimientos sobre diversos métodos anticonceptivos se ubica en un nivel medio 60.8% y bajo 23.3% (Sánchez-Meneses, Dávila-Mendoza & Ponce-Rosas, 2015).

El Riesgo de Embarazo en la Adolescencia

Como resultado del inicio prematuro y/o desprotegido de la vida sexual, existe el riesgo de exposición a embarazos no deseados (UNFPA, 2013). Con relación al embarazo adolescente, la Organización Mundial de la Salud señala que aproximadamente 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años dan a luz cada año, y adolescentes entre 10 y 14 años cerca de un millón (World Health Organization, 2014).

Datos globales señalan que en el mundo viven aproximadamente 1.6 mil millones de mujeres de entre 15 y 49 años de edad, en regiones en desarrollo. Alrededor de la mitad, un aproximado

de 885 millones quieren evitar un embarazo, de las cuales, un aproximado de 671 millones están usando anticonceptivos modernos, mientras que 214 millones de mujeres en edad reproductiva que desean evitar el embarazo, no están usando un método anticonceptivo moderno. De este último grupo, 155 millones de mujeres no usan ningún método y 59 millones recurren a los métodos tradicionales, además, las mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo representan el 74% de los embarazos no deseados, mientras que las mujeres que emplean un método tradicional representan el 10% (Darroch, Audam, Biddlecom, Kopplin, Riley, Singh & Sully, 2017).

Datos de mujeres adolescentes revelan que de 252 millones de mujeres adolescentes de entre 15 a 19 años que viven en regiones en desarrollo del mundo, 38 millones son sexualmente activas y no quieren tener hijos en los próximos dos años. De ellas, 15 millones usan un método anticonceptivo moderno, mientras que 23 millones tienen una necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna y, por lo tanto, tienen un riesgo elevado de embarazo no deseado. (Darroch, Woog, Bankole & Ashford, 2016).

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población, de las mujeres que participaron en la Encuesta de la Dinámica Demográfica (ENADID), la necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos es de 4.9% entre las mujeres en edad fértil y del 13.5% para el caso de mujeres adolescentes de 15 a 19 años (Hernández, De la Cruz, & Sánchez, 2015).

En México, de los 2.2 millones de nacimientos ocurridos en 2010, el 16.4% fueron de madres adolescentes de entre 15 y 19 años (CONAPO, 2010), mientras que las mujeres encuestadas en el 2012, comprendidas en una edad entre 12 y 19 años, el 51.9% reportó haber estado embarazada alguna vez, mientras que el 10.7% estaba cursando un embarazo al momento de la entrevista (ENSANUT, 2012).

La estadística para nuestro país señala un aumento en el embarazo adolescente, ya que de acuerdo con los datos del INEGI (2014), la tasa de nacimientos disminuyó para todos los grupos de edad, exceptuando el grupo de mujeres de 15 a 19 años, ya que en 1999 las mujeres adolescentes presentan una tasa de 64 nacimientos por cada mil, mientras que para 2014, este presenta un aumento a 66 nacimientos. En esa misma línea, se señala que el grupo de mujeres adolescentes aumento su fecundidad de 11.3% de nacimientos en el 2009, a 19.2% en el 2014, posicionándose como el tercer grupo que más aporta a la fecundidad total (Hernández, de la Cruz & Sánchez, 2015).

También se pueden observar datos que señalan la falta de planeación y deseo del embarazo y maternidad, ya que, en el año 2014, el 30.6% de las mujeres adolescentes que se encontraban embarazadas reportaron no haberlo planeado, mientras que el 17.8% reporta no desearlo, ello representa un considerable aumento entre el año 2009 y el 2014, ya que las cifras eran de 27.5% y 12.9%, respectivamente. Además, la cifra se vuelve más amplia al revisar el registro de planeación y deseo del último hijo nacido vivo, en los que el porcentaje de no planeación es del 25.9%, mientras que el del no deseo son del 24.3 %, es decir, el dato de “no deseado” es casi igual de elevado al de la “no planeación” (Hernández et. al. 2015).

A través del Instituto Guttmacher y el Colegio de México se han arrojado datos relevantes sobre el embarazo no deseado y aborto, entre ellos los siguientes: Aproximadamente el 55% de los embarazos en México no son planificados, y se estima que el 54% de todos los embarazos no planeados resultan en abortos inducidos, el 34% en partos no planificados y el 12% en abortos involuntarios y se reporta también que las mujeres adolescente de entre 15 y 19 años, es el grupo con porcentajes más altos de abortos inducidos, sólo rebasado por el grupo de mujeres entre 20 y 24 años de edad (Juárez, Singh & Maddow-Zimet, 2013).

En nuestro país, el uso de métodos anticonceptivos para la primera relación sexual tuvo un considerable avance, ya que del 2009 al 2014 este aumentó en 75.7%. Ahora bien, aunque se observan cambios favorables, es de importancia resaltar lo siguiente: Estados como Veracruz, Guerrero, Colima y Zacatecas tienen muy poco avance en comparación con los demás estados, el aumento es sólo del 2.2% al 4.1% para adolescentes que no poseen ningún tipo de escolaridad, del 3.6% al 7.7% a las que tienen primaria incompleta, del 6.3% al 13.1% para las que concluyeron la primaria y del 26% a 41.7% para las que concluyeron la secundaria o más. Lo anterior señala la vulnerabilidad para algunos grupos, ya que ocurre algo similar en los grupos de zona rural y de habla indígena, donde el avance es menor comparados con los grupos de zona urbana y no hablantes de lengua indígena.

Entre los motivos que reportan las mujeres adolescentes para no usar ningún método anticonceptivo se cuentan los siguientes:

- En primer lugar, el de la no planeación de la primera relación sexual,
- El segundo sitio, es el de la planeación del embarazo,
- El tercer lugar fue el de creer en que no era posible embarazarse y como
- Cuarto factor, se encuentra el desconocimiento de donde obtenerlos, de cómo usarlos o bien, de su existencia (Hernández, et.al. 2015).

El embarazo adolescente representa un alto riesgo, ya que implica una alta probabilidad de complicación del embarazo. Una evidencia de ello, es la mortalidad asociada a la maternidad, ya que, de acuerdo con el Consejo Nacional de Población, es la cuarta causa de mortalidad entre las adolescentes y jóvenes (CONAPO, 2010). El parto puede resultar de igual manera peligroso para una adolescente si no está completamente madura físicamente, sobre todo, para mujeres menores

de 15 años, ya que el riesgo disminuye para el caso de mujeres de entre 15 y 20 años (Conde-Agudelo, Belizán & Lammers, 2005).

Los recién nacidos de madres adolescentes también enfrentan mayores riesgos para la salud, ya que, las madres pueden presentar algún problema de desnutrición, o bien, no haber completado el desarrollo físico, además, de ser más probable que las madres más jóvenes vivan en circunstancias poco favorables (Kozuki, et. al., 2013). Además, existe un mayor riesgo de presentar retraso en el crecimiento, diarrea y anemia (Finlay, Ozaltin & Canning, 2011). Aunado a ello, el embarazo adolescente ha sido asociado a un menor nivel educativo y problemática de perpetuación de la pobreza, generación tras generación (United Nations, 2013; Merrick, 2015)

Estos riesgos son catalogados por Beltran (2013) como riesgos psicosociales y menciona que “el embarazo a esta edad no sólo representa un problema de salud para ella y su producto, sino que también tiene una repercusión económica para la madre, ya que implica menores oportunidades educativas o el abandono total de sus estudios, aspectos que contribuyen a generar un contexto de exclusión y de desigualdad de género” (p. 2).

Menkes y Suárez (2003) señalan que, a través del análisis de encuestas nacionales, la asociación entre el nivel bajo de escolaridad femenino con los siguientes factores: pocos conocimientos, bajo uso de métodos anticonceptivos, una menor planeación en la primera relación sexual y una edad más temprana en la iniciación sexual. A modo de lista, Rodríguez Vignoli (2012), basándose en los trabajos de Rodríguez (2009) y Grant y Furstenberg (2007), señalan las diversas razones por las que resulta contraproducente el embarazo adolescente:

1. El embarazo, parto y puerperio antes de los 20 años y sobre todo antes de los 18, implican mayores riesgos de salud, tanto de la madre como del bebé.

2. La maternidad y paternidad tempranas se vuelve una desventaja, ya que debilita la inserción y el logro escolar y hay una incorporación precaria en el mercado de trabajo.

3. "Las madres adolescentes tienen más probabilidades de ser víctimas de discriminación de género, experimentar estigma cultural o permanecer atadas a roles femeninos tradicionales" pp. 69.

4. "Los adolescentes son, en principio, menos maduros(as) y cuentan con menor cantidad de recursos y capacidades para enfrentar los desafíos que implica la crianza" pp.69.

5. Dificultad para consolidar una familia

6. Reproducción intergeneracional de la pobreza.

7. Vulnerabilidad a la violencia y coerción.

8. Dificultad en la tolerancia y aprobación familiar, con posibilidad de experimentar castigos formales e informales.

9. "Las políticas exitosas de salud sexual y reproductiva para la población adulta y joven no han mostrado los mismos logros en el caso de las adolescentes, siendo ilustrativo al respecto el caso de numerosos países, en particular los de América Latina, donde la tasa global de fecundidad (TGF) ha caído de manera significativa en los últimos años y, en cambio, la tasa específica de fecundidad adolescente ha permanecido estable o ha presentado caídas menores en términos comparativos" (pp.69).

Se puede concluir que el embarazo adolescente, además de presentar un riesgo para la salud de la mujer adolescente, así como del recién nacido, implica riesgos de tipo psicosocial. Tal situación puede prevenirse a través del uso de métodos anticonceptivos, sin embargo, el tercer factor de riesgo enumerado por la UNFPA, es la exposición a infecciones y enfermedades de transmisión sexual, por ello que el enfoque de la presente investigación es específicamente sobre

el uso del preservativo, ya que, de los métodos de anticoncepción, es el único que puede prevenir embarazos no planificados y diversas enfermedades de transmisión sexual, entre ellas, el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (CENSIDA, 2010).

El Riesgo del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual

Otro de los principales riesgos en la adolescencia (UNFPA, 2013), es la exposición a enfermedades de transmisión sexual (ETS). Una ETS de consecuencia mortal es el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH. La Organización Mundial de la Salud señala que es una infección que causa un progresivo deterioro del sistema inmunitario y disminuye la capacidad del organismo para combatir algunas infecciones y otras enfermedades (World Health Organization, 2015).

Desde inicio de la epidemia, 76.1 millones de personas contrajeron la infección por el VIH y 35 millones personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida (ONUSIDA, 2017).

En el año 2016, 36,7 millones de personas vivían con VIH en todo el mundo, de los cuales 17,8 millones son mujeres adultas y 2,1 millones son niños (menores de 15 años). En el transcurso de ese año, cabe destacar que 1,8 millones de personas contrajeron la infección por el VIH y un millón fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el sida (ONUSIDA, 2017).

A nivel mundial se puede observar un cambio positivo con dicha problemática, ya que la cifra anual global de nuevas personas infectadas por el virus del VIH, entre el 2000 y el 2014, redujo de 3.1 millones a 2 millones (ONUSIDA, 2015), y en el 2015, fue de aproximadamente 1.9 millones (ONUSIDA, 2016). Al observar los datos, vislumbran un buen avance, sin embargo, existen países del continente africano, europeo y asiático, en los que el decremento de nuevos

casos ha sido mayor del 50%, no obstante, existen otros países en los que el aumento de nuevos casos es de más del 50%.

Los datos para América Latina señalan que, en el año 2013, al menos 1.6 millones de personas vivían con el VIH. En el mismo año, 47 mil personas murieron por causas relacionadas con el sida, mientras que el porcentaje de nuevas infecciones redujo en un 3% de 2005 a 2013, con un total de 94,000 nuevas infecciones en el 2013 (ONUSIDA, 2014). En el año 2016, alrededor de 1.8 millones de personas vivían con el VIH en América Latina, además de que, en la cifra de nuevas infecciones se observa un ligero incremento, siendo para el año 2016 un aproximado de 97.000 nuevas infecciones por el VIH (ONUSIDA, 2017).

México se encuentra entre los países en que los nuevos casos de contagio van en aumento (ONUSIDA, 2016), ya que para el año 2009, 160 mil personas vivían con VIH, mientras que, para el 2015 la cifra aumentó a 200 mil, con una prevalencia del .2% de la población total.

Para el primer trimestre de 2017, el total de casos de VIH notificados vivos fue de 66,128, mientras que de sida (notificados vivos) fue de 74, 548. Se destaca también que la forma de contagio para el 94.80% de la población con VIH, fue por la vía sexual sin protección de barrera (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida, 2017).

De los casos notificados de personas que poseían VIH hasta el 2014, el .5% eran del grupo de edad de 10 a 14 años y el 5.5% pertenece al grupo de edad de 15 a 19 años. El 10% de los casos notificados de sida son en la edad de 20 a 24 años y el 18% en la edad de 25 a 29 años (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida, 2015), considerando la información brindada por la OMS (2015) el VIH puede tardar en muchos de los casos 10 años en manifestarse como sida, por lo que es probable que estos grupos poblacionales hayan adquirido la enfermedad en la edad adolescente.

Guanajuato concentra el 2.4 por ciento de los casos registrados como seropositivos a nivel nacional, mientras que los nuevos casos de VIH han ascendido de 170 a 188, del 2012 al 2016, cifra que no observa un cambio drástico (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida, 2017).

La problemática de la propagación del VIH ha sido fuertemente relacionada con mitos y creencias en torno a la enfermedad, por ejemplo, en el estudio realizado con personas seropositivas, llevado a cabo por Tosoli, Pinto y Oliveras (2011), el 70% refirieron que se tenía la firme creencia de que “eso no iba a suceder en ellos”. Anteriormente Flores y Alba (2006) mostraron que ante la pregunta “¿Quiénes son los más susceptibles de adquirir el VIH?” El 42% señaló a los homosexuales como más vulnerables y el 31% a las prostitutas, mientras que solo el 21% mencionó que todos somos susceptibles de adquirir el VIH. Con lo anterior se sugiere que las personas ven la enfermedad como algo alejado de su realidad inmediata.

Las creencias que giran en torno al VIH, varían mucho, sin embargo, existen grupos juveniles donde estas suelen ser erróneas o parcialmente incorrectas, por ejemplo, de acuerdo con los resultados de una muestra de jóvenes universitarios españoles y uruguayos, se demostraron creencias erróneas sobre el modo de contagio del VIH, ya que lo relacionan con la inhalación de la cocaína o incluso, a través de picaduras de insecto. Además, de considerar estrategias eficaces para la prevención del VIH, el acudir al médico periódicamente a chequeos generales (Bagnato, Jerano, Flores & Guzmán, 2014). A continuación, se presenta una tabla detallada (Tabla 1) sobre los resultados de las creencias de la vía de contagio del VIH, que surgieron en la última investigación citada.

Tabla 1

Porcentaje de respuestas incorrectas en la Escala de Conocimientos sobre uso del preservativo y vías de contagio del VIH/SIDA

Transmisión del VIH/SIDA y protección	Porcentaje	Intervalo de Confianza
A través de las relaciones sexuales	0.7	(-0,25; 1,57)
Esnifando heroína	38.6	(33,13; 44,10)
Donando sangre	41.9	(36,36; 47,47)
Utilizando piscinas públicas	6.6	(3,80; 9,40)
Recibiendo sangre (transfusión).	76.6	(71,80; 81,34)
A través de los cubiertos, vasos	8.6	(5,43; 11,73)
Besándose en la boca	13.5	(9,68; 17,38)
Inyectándose heroína siempre con la propia jeringuilla	15.5	(11,44; 19,59)
Inyectándose heroína compartiendo la jeringuilla	0.3	(-0,32; 0,98)

Nota: Adaptada de los datos de De Bagnato et al (2015).

Lo anterior vislumbra la falta de información en torno al VIH y la presencia de mitos, entre los que se encuentran porcentajes de jóvenes que no consideran posible a través de la vía sanguínea, o bien consideran posible el contagio a través de besos en la boca, a través de cubiertos o bien utilizando piscinas públicas. Además de existir mitos y creencias en torno a las probabilidades que presenta la persona de contagiarse del VIH.

Por ejemplo, en el caso de grupos de personas ya diagnosticadas con VIH, de acuerdo con Campero, Caballero, Kendall, Herrera y Zarco (2010), en sus estudios llevados a cabo en diversos estados de la República Mexicana, distinguen lo que es un diagnóstico "sospechado" y uno "inimaginable", en el cual, se diferencian dos grupos de personas diagnosticadas con VIH, el primero que debido a conductas de riesgo ya existía una sospecha y el segundo grupo, el cuál debido a creencias falsas no concebían la posibilidad del contagio, situación que torna más difícil el afrontamiento a la enfermedad.

Además del VIH, existen otras infecciones de transmisión sexual que ponen en riesgo la salud del adolescente, de acuerdo con la OMS, entre las más frecuentes que son curables, se encuentran la sífilis, gonorrea, clamidiasis y la tricomoniasis, mientras que las más comunes incurables son la hepatitis B, herpes simple y virus del papiloma humano (World Health Organization, 2016). Las Infecciones de Transmisión Sexual pueden tener consecuencias graves, a corto, pero sobre todo a largo plazo, se ha demostrado también, que el herpes y la sífilis pueden aumentar el riesgo de contraer el VIH (World Health Organization, 2017).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2017), cada año se detectan 358 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual (un aproximado de un millón diariamente), de las que destacan, la sífilis, la gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis, y de acuerdo con dicha organización, en el mundo, más de 500 millones de personas viven con herpes genital y 290 millones de mujeres tuvieron en algún momento de su vida el virus del papiloma humano. Para el caso de México, se cuentan con datos del Banco Mundial (2015), que apuntan que la prevalencia de personas con sífilis fue del .2% de la población total.

En el caso del Virus del Papiloma Humano, los datos que señalan que esta infección ha sido la causa de 528 000 casos de cáncer de cuello uterino y 266 000 muertes por cáncer de cuello uterino cada año (World Health Organization, 2017). Otras ITS como la gonorrea y la clamidia son las principales causas de la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y la infertilidad en las mujeres (World Health Organization, 2017).

En un estudio llevado a cabo con adolescentes mujeres de entre 15 y 19 años de edad, se arroja que el 39% de la muestra había padecido una infección de transmisión sexual previa (ITS) y el 12% estaba actualmente infectado con una ITS y se reporta mayormente en las mujeres que

tienen múltiples parejas sexuales, que sus experiencias sexuales recientes eran más propensas a involucrar el uso de drogas y alcohol (Morrison-Beedy, Carey, Crean & Jones, 2011).

Por tanto, es de suma importancia considerar el preservativo como un método mayormente eficaz tanto en la prevención de embarazos no planeados como de diversas enfermedades de transmisión sexual, y centrar los análisis de la presente y de futuras investigaciones en el estudio de factores predisponentes y limitantes de uso el condón en las relaciones sexuales.

Las Condiciones del "No Uso del Preservativo"

Como ya se señaló en el apartado anterior, en diversos estudios, al menos la mitad de las muestras, señalan que en algún momento no hicieron uso del preservativo y algunas proporciones no presentan intención de hacerlo. Existen diversas investigaciones que ponen a la luz los principales motivos o circunstancias por las que los adolescentes "no mantienen relaciones sexuales protegidas", a continuación, se describen algunas de ellas.

En un estudio, se analizaron los datos de 464 hombres y mujeres que no utilizaron condón en su última relación sexual. En dicha muestra, se hace hincapié en la relación atribuida a la falta de uso con la disminución del placer, habiendo diferencia significativa de $p= 0.02$ entre ambos sexos, siendo los hombres quienes tienen más presente dicha asociación (Crosby, Milhausen, Yarber, Sanders, & Graham, 2008).

Otro estudio llevado a cabo en Nueva York, con hombres exclusivamente de preferencia bisexual, señalan entre sus razones para no hacer uso del preservativo, el no tener condones disponibles, disfrutar más de la actividad sexual sin preservativos y percibir que las parejas femeninas son "más seguras" que los hombres (Dodge, Jeffries & Standfort, 2008).

En Indiana, una investigación también de igual forma con hombres bisexuales, se informa que el comportamiento sexual sin protección era un modo de aumentar el placer sexual general con la

pareja, además de facilitar la erección peniana (Hubach et, al. 2014), resultado muy similar al estudio con hombres bisexuales latinoamericanos (Muñoz-Laboy & Dodge, 2005).

Gebreselassie, Deyessa y Tesfaye (2013) señalan, a través de los resultados con una muestra de jóvenes estudiantes de Etiopía, los siguientes motivos de los jóvenes para no usar condón durante las relaciones sexuales: La confianza en una pareja (19% del total de su muestra), la oposición de la pareja sexual (14%), desaprobación religiosa (11%), disgusto por usar (9%) y falta de disponibilidad de condones (6%). Además, se señalan correlaciones significativas, ya que, los jóvenes que más se perciben susceptibles de contraer VIH y que más se perciben autoeficaces, presentan una mayor intención del uso de preservativo.

En Mozambique, las mujeres tienen una actitud más favorable respecto al uso del preservativo y creen más en su eficacia que los hombres, pero lo utilizan menos y se sienten poco capaces de pedirle al hombre que lo usen (Cassamo, Gras & Planes, 2005).

En el análisis de muestras españolas y uruguayas de jóvenes universitarios, se detalla el tipo de prácticas llevadas a cabo, eficaces, ineficaces o bien cuestionables. A continuación, se detallan tales resultados.

Tabla 2

Porcentaje de puesta en marcha de medidas preventivas

Medidas Preventivas	Porcentaje	Intervalo de confianza
No tomar ninguna precaución	5	(2,51; 7,39)
Fijarse en que la pareja tenga un aspecto exterior sano	11.9	(8,24; 15,52)
No tener relaciones con gente que se inyecta droga	35.6	(30,25; 41,04)
Realizar prácticas sexuales de penetración con poca gente	18.8	(14,41; 23,21)
Acudir al médico para realizarse controles periódicos	29	(23,93; 34,15)
Realizar prácticas sexuales de penetración con menos gente que antes	2.3	(0,62; 4,00)
Realizar prácticas sexuales de penetración sólo con gente conocida	19.5	(15,01; 23,93)
Tener relaciones coitales sólo con una persona	45.5	(39,94; 51,15)

Informarse sobre el estado de salud de la pareja sexual	45.2	(39,61; 50,82)
Lavarse después de tener una relación sexual de penetración	20.8	(16,22; 25,36)
Mantener relaciones sexuales que no tienen riesgo	9.9	(6,54; 13,26)
Utilizar el coito interrumpido	3.3	(1,29; 5,31)
Utilizar cremas espermicidas	0	
Utilizar la píldora anticonceptiva	10.2	(6,82; 13,64)
Utilizar el preservativo	76.9	(72,15; 81,64)
Abstenerse de tener relaciones sexuales si no se tiene una medida preventiva	45.9	(40,26; 51,49)
Otras	3.3	(1,29; 5,31)

Nota: De Bagnato et. al. 2014

Como se puede observar en la tabla, persisten las prácticas ineficaces contra enfermedades de transmisión sexual, principalmente el VIH, basadas en creencias erróneas, por ejemplo, el utilizar píldoras anticonceptivas, realizar prácticas solo con gente conocida o con un bajo número de personas, o bien basarse en su aspecto de salud exterior. Es de interés señalar que el 5% de la muestra señaló no tomar ningún tipo de precaución.

También se ha señalado la asociación que existe entre el haber consumido algún tipo de sustancia psicoactiva previo a la relación sexual con la condición de no uso del preservativo (Newlan, 2010 en Sánchez, Robles & Enríquez, 2015), este resultado incluso se ha demostrado en grupos de adolescentes que consistentemente hacen uso del condón (Sánchez, Robles & Enríquez, 2015), ya que, si bien tal grupo evita en mayor medida el consumo de drogas, cuando se llega a presentar tal conducta, no se hace uso del preservativo.

Aunada a la información de otros países, datos revelan que, en nuestro país, el 40% de una muestra mexicana de diversas edades considera que el condón es un método eficaz en la prevención de embarazos no planificados y de infecciones de transmisión sexual, es decir, existe un 60% de la población, que no lo considera de tal forma (Millán & Álvarez, 2009). Además, el factor relacionado al "enamoramiento" ha demostrado ser relevante en cuanto las conductas

sexuales de riesgo, ya que se ha encontrado una correlación entre el uso inconsistente del condón con el estado subjetivo de “estar enamorado” (Uribe, González & Santos 2011).

Díaz-loving (2009) señala, que el factor "amor romántico" se encuentra más presente en la población femenina y presentando una mayor prioridad de la "intimidad" y de no hacer uso del condón, también apunta que tanto para hombres y mujeres se genera una mayor intención del uso del condón en los casos donde ya han presentado una experiencia sexual previa. Las conclusiones de Kordoutis (2012) son un tanto similares, ya que revelan que el ambiente de la relación tiene la capacidad de predecir el uso del condón y sugiere que el ambiente de compañía enfatiza a la pareja en el aspecto normativo de la relación, incrementando el uso del preservativo, mientras que el ambiente apasionado, se reduce su uso.

En un estudio llevado a cabo con 320 adolescentes de la Ciudad de México en conflicto con la ley, señalaron que lo relevante para el grupo que usa consistentemente el condón, no es qué tanto hablan con su pareja sobre temas de sexualidad en general sino propiamente la negociación que establece con la pareja para usar condón, dicho estilo se caracteriza por que los adolescentes sean capaces de expresar argumentos a su pareja para convencerla de que usen el condón (Sánchez, Robles & Enríquez, 2015). De igual manera, para el caso de una muestra de mujeres universitarias encuestadas en línea, se asoció significativamente una alta autoeficacia en la negociación con una alta intención de uso del condón (Nesoff, Dunkle & Lang, 2015)

También ha sido señalado a través del estudio de múltiples parejas, que niveles bajos de asertividad y de baja capacidad de negociación con la pareja, se asocian con la falta de uso del preservativo (Schmid, Noelle, Ritchie & Gwadz, 2015). Afirma Tschann et. al. 2010) y que la insistencia hacia la pareja sobre hacer uso del condón frente a un desacuerdo potencial es una estrategia mucho más efectiva para las mujeres jóvenes que para los hombres jóvenes. Uribe,

Andrade, Zacarías y Betancourt (2013) señalan de igual manera, que de acuerdo a los resultados de su estudio llevado a cabo con jóvenes adolescentes de la ciudad de Colima en México, la asertividad sexual es una variable importante en la predicción del uso del preservativo.

El Uso del Preservativo como Promotor de la Salud Sexual

La salud sexual en nuestro país, es un asunto que conlleva factores sociales y culturales, un estudio que demuestra lo anterior es el de Padilla y Díaz (2011), en el que demuestran que jóvenes mexicanos atribuyen su salud sexual a asuntos como la situación familiar, la gracia divina, la suerte o a otras circunstancias ajenas a ellos, lo cual, nos señala que el pensamiento socio cultural influye en buena parte en actitudes o a conductas relacionadas con la salud sexual.

Giran en torno a la sexualidad diversas creencias erróneas o bien, parcialmente incorrectas que contribuyen al mal uso del preservativo o a realizar conductas sexuales de riesgo. Por ejemplo, en los resultados que arroja el estudio llevado a cabo por Bagnato et. al. (2014), con una muestra de estudiantes universitarios de España y Uruguay, resalta que cerca de la mitad de la población considera como buena práctica, inflar el condón antes de usarse para asegurarse que no presente roturas, además de haber algunos participantes que desconocían la forma correcta de retirar el preservativo tras la eyaculación. A continuación, se presentan las creencias en torno al uso del preservativo en dicha investigación.

Tabla 3

Porcentaje de respuestas incorrectas en la Escala de Conocimientos sobre uso del preservativo y vías de contagio del VIH/SIDA

Acciones sobre el manejo del preservativo masculino	Porcentaje	Intervalo de Confianza
Inflarlo de aire para comprobar si está pinchado	44.6	(1,52; 5,74)
Sujetar el preservativo por los bordes y retirar el pene de la vagina, justo después de la eyaculación	19.5	(15,01; 23,93)
Esperar dentro de la vagina a que el pene vuelva a su estado normal y después retirar el preservativo sujetándolo por los bordes	15.2	(11,14; 19,22)
Colocarlo antes de la erección	10.6	(7,10; 14,02)

Colocarlo cuando el pene está en erección	6.3	(3,54; 9,00)
No manipularlo hasta su colocación	6.3	(3,54; 9,00)
Colocarlo justo en el momento de la eyaculación.	6.3	(3,54; 9,00)
Mirar la fecha de caducidad	6.3	(3,54; 9,00)

Nota: Recuperado de Bagnato et. al. (2014).

Otra de las creencias relacionadas con la salud sexual, son las que fueron expuestas en el estudio llevado a cabo por Avalos y García (2014) con población mexicana, donde describe que las mujeres adolescentes suelen rechazar ideas de que el embarazo conlleva beneficios en sus relaciones con los demás, sin embargo, se tiende a pensar que el ser padre o madre es parte de lo que la vida conlleva.

De acuerdo con la “Declaración sobre los preservativos y la prevención del VIH, otras infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado”, las estrategias y programas destinados al cambio de comportamiento en las personas, en materia de salud sexual, deben basarse en pruebas sólidas que evalúen su funcionamiento y el cumplimiento de metas (UNFPA, OMS & ONUSIDA, 2015).

Con base en los antecedentes presentados, el presente estudio está enfocado en conocer cuáles factores se encuentran asociados con la intención del uso del condón en los adolescentes. Las variables a considerar en el estudio son la autoeficacia percibida, la percepción de riesgo y las expectativas de resultado, mismas que forman parte del Modelo de Acción a favor de la Salud, que será revisado y detallado, además de los resultados de otros modelos teóricos relevantes en el estudio del uso del condón.

Modelos de Factores Predictores del Uso del Condón.

Como ya se señaló, la etapa adolescente es una etapa que conlleva múltiples factores de riesgo, entre los cuales se deben contar los relacionados a la salud sexual y que acarrear consecuencias graves a la salud y su bienestar. Para comprender el fenómeno desde la psicología,

a continuación, se presentarán diferentes investigaciones referentes al estudio de factores predictores del uso del condón, o bien, de la intención de hacer uso, además de mostrar evidencias de modelos teóricos empíricos completos que han brindado resultados que contribuyen al ejercicio de la investigación de las conductas sexuales de riesgo en adolescentes.

La Información y las Creencias de las y los Adolescentes en torno a las Conductas Sexuales

Una primera aproximación a las conductas sexuales de riesgo, es en el nivel de información que poseen los adolescentes. De acuerdo con Hernández et. al. (2015), entre los métodos anticonceptivos más conocidos, se encuentran el condón masculino, las pastillas, el parche anticonceptivo y la pastilla de emergencia, sin embargo, en cuanto al conocimiento funcional, es decir, que además de conocerlo, saben la forma correcta de utilizarlo, por ejemplo, sólo el 79.5% posee un conocimiento funcional para el caso del condón masculino. Además, es importante señalar que el conocimiento funcional disminuye en buen porcentaje en los grupos de baja escolaridad, de zona rural y de habla indígena comparados a los grupos de más escolaridad, zona urbana y no hablantes de lenguas indígenas, véase la tabla 4.

Tabla 4

Porcentaje de mujeres en edad fértil por conocimiento de existencia y conocimiento funcional de métodos anticonceptivos, por características seleccionadas.

Grupo de población	Conocimiento Funcional (2014)
Total de mujeres	94.8
Mujeres 15 a 19	91.3
Mujeres 20 a 24	95.8
Mujeres 25 a 29	96.4
Mujeres Sin Escolaridad	69.1
Mujeres de Residencia Rural	88.4
Mujeres de Residencia Urbana	96.5
Mujeres con Condición de Habla Indígena	75.3
Mujeres sin Condición de Habla Indígena	95.9

Nota: Recuperado de Hernández et. al. (2015).

También se ha señalado que a mayor edad existe un mayor nivel de información, así lo muestran los resultados arrojados con una muestra española, donde se encuentra una diferencia significativa entre los grupos de 13 a 14 años y el grupo de 15 a 16, siendo el segundo grupo el que posee mayor nivel de información (García-Vega et. al. 2012).

El estudio llevado a cabo por Rengifo, Córdoba y Serrano (2011) en Colombia, señala que el 90.5% de los adolescentes han recibido información sobre sexo y embarazo, siendo el 67.5% proveniente de los padres, además, un dato relevante de dicha investigación es que, del 42% de los adolescentes que han tenido relaciones sexuales, el 12% ha utilizado sustancias psicoactivas para intensificar la experiencia sexual.

En mayor porcentaje, los jóvenes conocen sobre el tema e identifica al SIDA como ETS, sus vías de transmisión y las principales acciones preventivas (Vera, López, Orózco & Caicedo, 2001). Sin embargo, pese a la información que conocen acerca de la educación sexual, ello no se ha mostrado como un factor relevante en la predicción de conductas seguras en las relaciones sexuales en los adolescentes (Uribe & Orcasita, 2009; Gebreselassie, Deyessa & Tesfaye, 2013).

Otros datos relevantes, ofrecen resultados donde se observa una asociación significativa y positiva entre conocimientos, beneficios y prácticas eficaces, sin embargo, la percepción de costos sobre el uso del preservativo, se encuentra asociado significativa y positivamente a prácticas ineficaces y cuestionables, mientras que, el nivel de experiencia se encuentra asociado significativa y positivamente con mayores conocimientos sobre el uso del preservativo y sobre la transmisión del VIH, pero también con mayores prácticas ineficaces contra el VIH (Begnato et. al. 2014)

Aunado al nivel de información, se encuentran también las creencias en torno a la salud sexual, algunos autores señalan que las creencias son un factor importante en la prevención de

conductas de riesgo sexual (Di Clement, Crosby & Wingood, 2002; Romer, Stanton, Galbraith, Feigelman, Black & Li, 1999; en Bello, 2014). En relación a ello, existen diversas creencias falsas que influyen en la vivencia de la sexualidad y que pueden implicar un riesgo (Millán & Álvarez, 2009). Algunas de las creencias que hacen evidente el riesgo al que se encuentran expuestos los adolescentes, es que las relaciones sexuales de tipo oral no sean consideradas como sexo (Sadovzsky, Keller, & McKinney, 2002).

Es importante, hacer una distinción ente la información y los significados, ya que, la primer variable hace referencia a conocimientos objetivos de los riesgos y beneficios relacionados al uso del condón, mientras que, el significado se ve influenciado por el contexto sociocultural, además de los estereotipos de género (De Jesús-Reyes & Menket, 2014).

Otras investigaciones agregan variables que serán señaladas detalladamente a continuación, por ejemplo, en el estudio llevado a cabo con jóvenes adolescentes de entre 15 y 23 años, por Gebhardt, Kuyper y Greunsven (2003), los resultados demuestran que el uso consistente del condón con parejas ocasionales se relaciona directamente con una alta autoeficacia, actitud y normas subjetivas percibidas.

Teoría de la Autoeficacia de Bandura

La teoría de la autoeficacia de Bandura (1991) se basa principalmente en la función de autorregulación, que opera a su vez por el autocontrol de la conducta, el juicio de la conducta de la persona en relación con las normas personales y circunstancias ambientales. La autoeficacia, de acuerdo con Bandura (1977, en López-Rosales & Moral-de la Rubia, 2001) aumenta con las experiencias de éxito, el éxito vicario, la persuasión social y la reducción de la ansiedad.

Bandura propone también el concepto de autoeficacia percibida y la define como "las creencias de las personas sobre sus capacidades para producir niveles designados de desempeño

que ejercen influencia sobre los eventos que afectan sus vidas"(Bandura, 1994, pp.71), además hace hincapié en que tales conductas influyen de manera determinante en los pensamientos, sentimientos motivaciones y comportamientos de las personas . De acuerdo con esta teoría, los adolescentes se ven involucrados en actividades riesgosas, debido a la interacción de competencias personales, la eficacia de autocontrol y la influencia predominante de estas sobre sus vidas.

Gebreselassie, Deyessa y Tesfaye (2013) encuentran una correlación significativa entre la autoeficacia percibida y la intención del uso del condón, en el estudio hecho con 450 jóvenes adolescentes de Etiopía, quienes se perciben más autoeficaces presentan una mayor probabilidad de utilizar preservativo, en comparación a los jóvenes que presentan una baja autoeficacia. Así como también se ha encontrado una correlación significativa entre una alta autoeficacia con la actitud positiva hacia el uso del condón (Zhang, Zhang, & Chock, 2014).

En el estudio correlacional y predictivo de Uribe, Bahamon, Reyes, Trejos y Alarcón (2017), con una muestra de 631 jóvenes colombianos, con edades entre 19 y 26 años, se señala como alto factor predictor del uso del condón, la percepción de autoeficacia para mujeres, a diferencia de los hombres donde el factor predictor fue la asertividad sexual. Se muestran resultados similares, igualmente con jóvenes colombianos, donde se muestra la autoeficacia como uno de los factores predisponentes del uso habitual del preservativo para parejas ocasionales en ambos sexos (Valencia & Canaval, 2012).

La Teoría de Autoeficacia propuesta por Bandura, ha sido estudiada en México con población adolescente (Palacios, 2015), aplicado para diferentes conductas de riesgo, (ingerir alcohol, drogas, fumar tabaco, conducta antisocial, daños a la salud y conducta sexual de riesgo). Los

resultados señalan que dicho modelo es aplicable para todas las variables, ya que presenta valores aceptables, para la variable de autoeficacia ante las conductas sexuales de riesgo, presentó un valor de correlación positivo de $r= 0.57$ hacia las conductas sexuales de riesgo. Sin embargo, diversos estudios han encontrado diferencias en cuanto a la autoeficacia en función del sexo; en la ciudad de Monterrey, en el estudio con 964 adolescentes de entre 13 y 18 años, se señala que las mujeres se perciben más autoeficaces en cuanto al rechazo en la participación de conductas de riesgo, sin embargo, los hombres se perciben más autoeficaces para hacer uso del condón (López-Rosales & Moral-de la Rubia, 2001). Además, también se ha señalado que, en el caso de grupos de mujeres en edad adulta, la aceptabilidad de la sexualidad y el control de la frecuencia de las relaciones sexuales, son variables que aumentan la autoeficacia que poseen ellas hacia el uso del condón (Parent & Moradi, 2014).

Una variable que de acuerdo con Charnigo et. al. (2010) afecta la autoeficacia en cuanto al uso del condón, es la de barreras relacionadas con la pareja, ya que puede percibir la actitud de la pareja hacia el uso del condón, así como su disponibilidad para hacerlo, como una barrera importante que impide que se lleve a cabo tal conducta (Leddy, Chakravarty, Dladla, Bruyn y Darbes, 2016)

Leddy et. al. (2016), afirman que la autoeficacia específicamente relacionada con el aspecto sexual aumenta la probabilidad del uso constante del preservativo. Otro resultado relevante de la misma investigación señala que puntuaciones altas en la variable normas masculinas hegemónicas se asocia negativamente al uso sistemático del condón.

La Teoría de Acción Razonada

De acuerdo con Fishbein y Ajzen (1975), el factor que más se aproxima a la conducta, es la intención, es decir la predisposición a ejecutar determinada conducta. Esta variable ha sido estudiada en México por Díaz-Loving y Robles (2009), los autores señalan que la intención de uso del condón es igual para hombres y para mujeres, sin embargo, se encuentran diferencias significativas para los que ya han tenido experiencias sexuales pasadas, ya que estos últimos presentan una mayor intención de llevar a cabo la conducta preventiva (uso del condón), que los que no han tenido ninguna experiencia sexual.

Fishbein y Ajzen (1975) afirman que la intención está determinada a su vez por la actitud y la norma subjetiva, conformando el Modelo de Acción Razonada (Véase Figura 1). La primera se refiere a la valoración positiva o negativa; agradable o desagradable que hace el individuo hacia cualquier persona, situación u objeto social (Ubillos, Mayordomo & Páez, 2004). Mientras que la norma subjetiva se refiere a las expectativas que percibe la persona en sus grupos de referencia, con relación a la conducta específica que va a realizar la persona (Maté, González & Trigueros, 2010). En el estudio llevado a cabo por Pagel y Davidson (1984), señalan que el modelo de acción razonada predice el 38% de las conductas de contracepción.

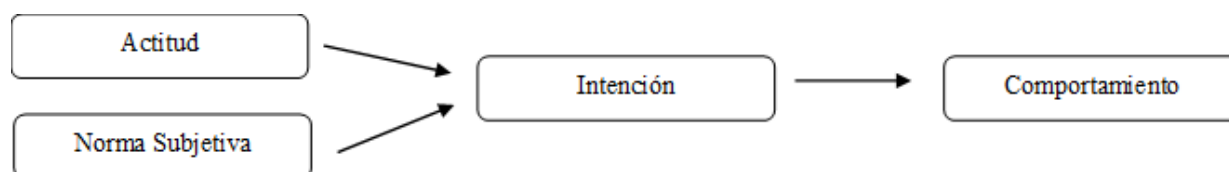


Figura 1. Representación de la Teoría de Acción Razonada. Recuperado de Ubillos, Mayordomo & Paez (2004).

En cuanto a la variable actitud hacia el uso del condón, Charnigo, Crosby y Troutman (2010), llevan a cabo un estudio en el que se señalan que tanto actitudes generales hacia el uso del preservativo, como actitudes específicas hacia el mismo, ambas positivas aumentan la

posibilidad de llevar a cabo tal conducta preventiva en hombres heterosexuales que han sido diagnosticados con alguna enfermedad de transmisión sexual, además de encontrar una relación significativa entre la variable de barreras del uso del condón con la autoeficacia del uso del condón. Teva, Paz y Ramiro (2014) encuentran en una muestra de 1054 adolescentes españoles, que para el caso de hombres, una actitud positiva hacia el condón, favorece su uso, en relaciones sexuales de tipo vaginal y anal, sin embargo, no aplicado a relaciones sexuales de tipo oral.

En el meta-análisis de Sheppard, Hartwick y Warshaw (1998), se analizaron 87 estudios que han puesto a prueba el modelo para diferentes tipos de conducta, varios relacionados al uso del condón o algún método anticonceptivo y encuentran una fuerte correlación entre la variable de intención hacia la conducta y la conducta en sí. También encuentra una significativa correlación de las actitudes y la norma subjetiva con la variable de intención conductual. Sin embargo, el estudio describe hace referencia a que en diferentes investigaciones se ocupa erróneamente variables que son más relacionadas a metas que a una intención conductual, por lo que resalta la importancia de distinguir entre ambas variables. Valencia y Canaval (2012) también encuentran la intención de usar preservativo (en jóvenes colombianos), como uno de los principales factores predisponentes para su uso habitual.

En 2001, el meta-análisis de 96 estudios realizados por Albarracín, Johnson, Fishbein y Muellerleile (2001), señala que el valor del modelo es significativo en relación al uso del condón, con un valor $r=.45$ de la intención hacia el uso del condón, un valor $r=.58$ y $r=.39$ de la actitud y la norma subjetiva hacia la intención de uso del condón respectivamente. Sin embargo, señala que un factor más importante y que no está contemplado en el modelo son las experiencias pasadas. También reporta el valor de predicción del control percibido hacia la

intención de uso del condón ($r=.45$), que es la tercer variable agregada por Ajzen (1988), conformando el modelo de acción planificada, que será descrito más adelante.

Los resultados que se arroja en una muestra de adolescentes de entre 13 y 19 años, de El Salvador, señalan como un factor predictor de abstinencia sexual, el recibir mensajes de amigos o hermanos que apoyan dicha abstinencia (Ruíz-Canela, López-del Burgo, Carlos, Calatrava, Osorio & Irala, 2012). Matera (2014) señala que tanto la disponibilidad de condones y las normas de pares tienen un importante peso en el uso del preservativo, de forma que, aumenta la probabilidad del sexo protegido cuando existe un condón disponible y cuando las normas entre iguales aprobaban, en vez de desaprobaban, el uso del mismo. Ambas conclusiones, apoyan la Teoría de la Acción Razonada, en la cual, la norma subjetiva, es decir, las expectativas que la persona percibe de sus grupos de referencia, funciona como variable en la predicción de la intención y la conducta.

Páez, Ubillos y Pizarro (1994), concluyen en su análisis de tres modelos explicativos, que la variable de actitudes y norma subjetiva han representado mayor valor de predicción en cuanto al uso del preservativo, por lo que señala estas dos últimas, como un foco de prioridad en las campañas de prevención. Resultados similares han sido arrojados recientemente con una muestra de adolescentes españoles, con edades comprendidas entre 13 y 18 años, donde las variables de mayor predicción fueron, el tener una actitud favorable hacia el uso del condón ($\beta = 0,47$, $p < 0,001$) y percibir que los compañeros usan condones en sus relaciones sexuales ($\beta = 0,48$, $p < 0,001$), con una alta predicción hacia la intención del uso, mientras que la variable intención predice significativamente la frecuencia del uso del preservativo ($\beta = 0,61$, $p < 0,001$) (Espada, Morales, Guillén-Riquelme, Ballester & Orgiles, 2016).

Fishbein (1990) señala que la variable sexo y contexto cultural poseen una fuerte influencia en cuanto al nivel de predicción de la norma subjetiva y las actitudes, ello explica en buena medida, las diferencias de acuerdo a la población donde se realice el estudio; para el caso de México, en los hombres se encuentra una mayor asociación entre el uso del preservativo a la actitud, mientras que en el caso de las mujeres existe mayor correlación con la norma subjetiva, resultado que ocurre al contrario para el caso de Estados Unidos (Fishbein, 1990).

La Teoría de la Acción Planificada

El control percibido sobre la conducta es la variable agregada al modelo de acción razonada, esta se refiere a la percepción de obstáculos como la falta de habilidades que percibe la persona para llevar a cabo la conducta, así como la percepción de los obstáculos situacionales, tales como oportunidades y los recursos disponibles (Ubillos et al. 2004). La variable es propuesta por Ajzen (1988) (Véase Figura 2), con el fin de ampliar el modelo, formando la teoría de acción planificada (Tesser & Shaffer, 1990).

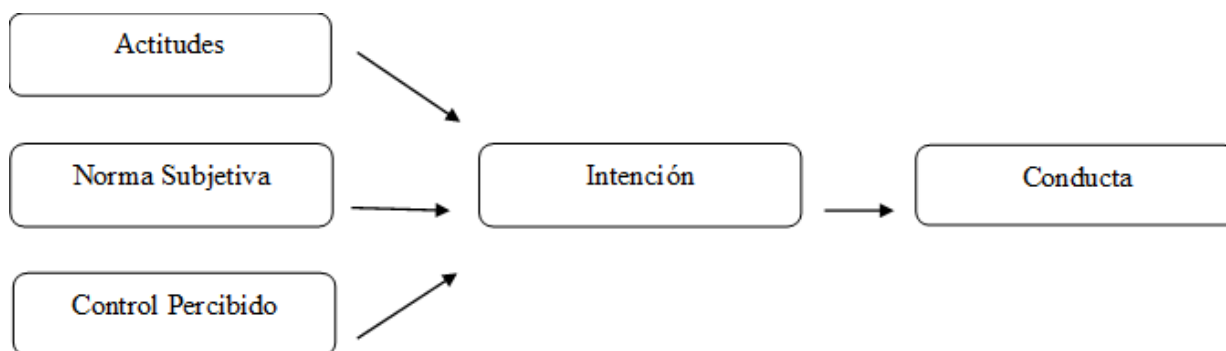


Figura 2. Representación del Modelo de Acción Planificada propuesto por Ajzen. Recuperada de Ubillos et. al. 2004

El modelo conserva la variable intención como predictor más fuerte de todos los comportamientos y ha sido comprobada su poder de explicación en la predicción de conductas sexuales saludables, sin embargo, ha presentado mejores resultados para otros comportamientos, por ejemplo, la actividad física (Charlotte, Conner, Taylor & Lawton, 2011)

Albarracín et. al. (2004), en sus análisis en materia del uso del condón; señalan que las tres variables del modelo de acción planificada, actitudes, norma subjetiva y control percibido presentan una correlación con la intención del uso del condón que a su vez mantiene una alta correlación con llevar a cabo la conducta de uso de condón. Los autores hacen una observación en cuanto a las diferencias entre grupos, ya que la variable del control percibido, presenta correlaciones más altas entre los miembros de los grupos sociales que carecen de poder, incluyendo mujeres, los individuos más jóvenes, minorías étnicas y personas con bajo nivel educativo. Mientras que, la norma subjetiva presenta mayor influencia entre las personas más jóvenes y que tienen un mayor acceso a la información, principalmente hombres, las mayorías étnicas y personas con alto nivel educativo. Además, existe lo que se denomina "ilusión de control", lo cual consiste en una tendencia optimista de la capacidad de control de la realidad y se ha encontrado que las personas que tienden a tener relaciones sexuales sin protección, presentaban creencias de ser invulnerables a los riesgos, es decir, consideraban implícitamente poseer un control al respecto (Burger & Buns, 1988).

El estudio de Cunill, Pérez, Planes y Serda (2012), realizado en España, señala que las variables que mejor predicen la intención de uso del condón son: la creencia en los resultados de la conducta (eficacia del preservativo para evitar transmisión del VIH), la norma subjetiva (creencia de que sus amigos también lo utilizan) y el control conductual percibido (se sienten capaces de usarlo y de negarse a mantener relaciones sexuales). Los resultados coinciden con los

realizados por Mathew (2015) en Estados Unidos, ya que resultan significativas las tres variables como predictoras de la intención del uso del condón, explicando el 69% de la varianza. Se observa también en el estudio, que la intención de uso del preservativo es superior cuando se trata de una pareja ocasional que cuando la pareja es estable.

Un estudio cualitativo realizado en Madrid con residentes latinoamericanos (Capella, González & Valery, 2013), señala que hay una actitud positiva hacia el uso del condón y que dicha actitud está fuertemente influida por la percepción de control, siendo esta la variable que tiene más peso en la intención del uso del condón. En cuanto a la norma subjetiva, las respuestas señalan tener poca influencia ya que se pone de manifiesto que tal conducta es de índole personal e independiente de la opinión ajena.

Debido al éxito del modelo como referente para predecir la conducta, existen múltiples intentos para modificarlo con el afán de ampliar su capacidad explicativa, Bentler y Speckart (1979) postulan la importancia que tienen las experiencias previas y su influencia en la intención conductual y la conducta, además, agregan que la variable de actitudes, tiene influencia no solamente indirectamente en la intención, sino también directamente en la ejecución de la conducta, tal modelo lo pusieron a prueba con resultados positivos, con conductas de riesgo, relacionadas a consumo de alcohol y drogas.

Por otro lado, en el meta-análisis hecho por Charlotte et. al. (2011), se encontró que el comportamiento pasado exhibió una mayor asociación con el comportamiento, que las variables de actitudes, control percibido y la norma subjetiva.

Este resultado refleja resultados de diversos autores que sugieren que no es solo la intención la que incide directamente en la conducta, ellos señalan que la planificación es un mediador entre

la intención y la conducta (Sutton, 2008; Schwarzer, 2001). Un ejemplo probado en diversas investigaciones es el Modelo de Acción en Favor de la Salud (HAPA), el cual considera a la planificación determinante para llevar a cabo la conducta que favorece la salud y para mantenerla (Schwarzer & Fuchs, 1996). De acuerdo con Schwarzer, las conductas de salud son “acciones y hábitos que están relacionados con el mantenimiento de la salud, restauración y mejora” (Schwarzer & Luszczynska, 2005). En el presente estudio se tomó en cuenta este modelo como base en la predicción del uso del preservativo.

Modelo de Acción a Favor de la Salud (HAPA)

Schwarzer (2001) postula el modelo de acción a favor de la salud (HAPA, Health Action Process Approach) y señala que, para llevar a cabo una conducta de salud, tanto el inicio como el mantenimiento, el proceso se encuentra conformado por dos fases: la fase de motivación y la fase volitiva o de acción (Véase Figura 3).

En la fase de motivación, participan cuatro variables, que son: la percepción de riesgo, la expectativa de resultado y la autoeficacia percibida, estas tres variables predicen la cuarta variable, que es la intención conductual. Una vez generada la intención hacia un determinado comportamiento, comienza la planeación que forma parte de la segunda fase, la volitiva. Comienza con una planeación de la acción, que se encuentra precedida por la intención y será regulada fuertemente por el mantenimiento de la autoeficacia generada en la fase de motivación, la planeación da pie para el inicio de la conducta y su mantenimiento, y de igual manera, se encuentra fuertemente regulada por la autoeficacia.

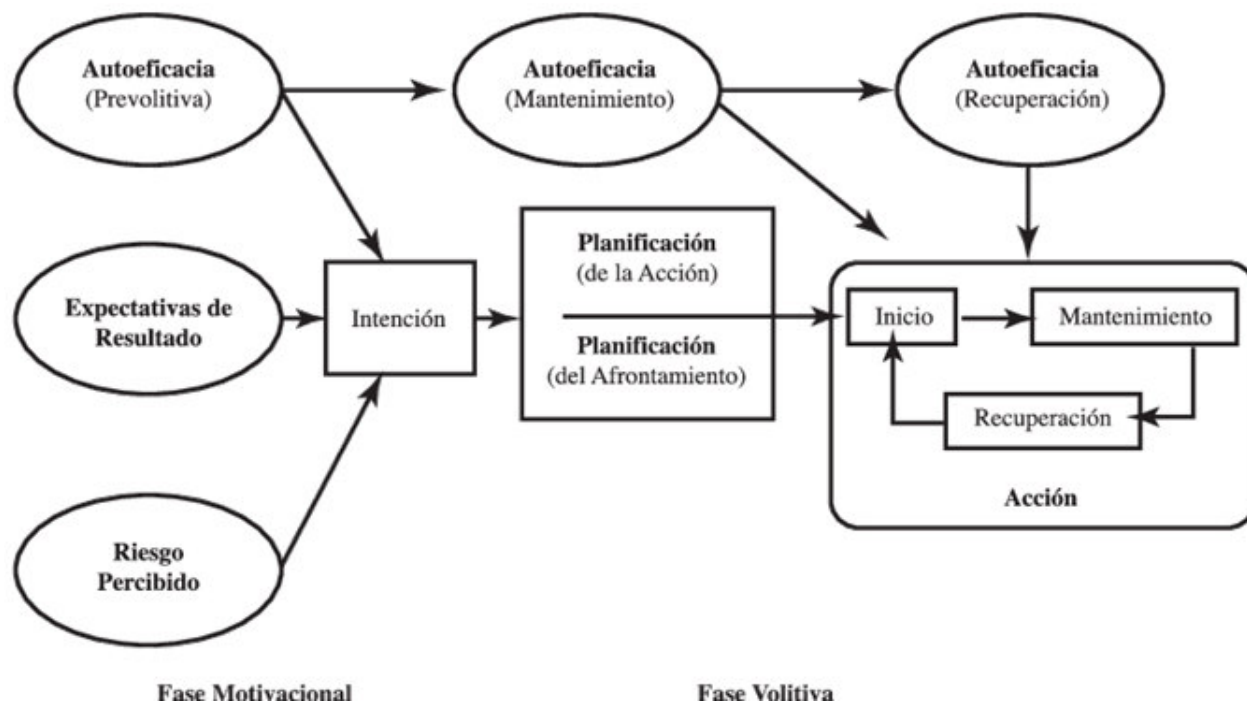


Figura 3: Diagrama genérico del Modelo procesual de acción en salud. Recuperado de Schwarzer & Gutierrez-Doña (2009).

Fase de Motivación del Modelo de Acción a Favor de la Salud

La fase de motivación es definida por Schwarzer et al. (2003) como el “proceso en el cual un individuo forma una intención para adoptar una acción de precaución o cambiar los comportamientos de riesgo a favor de los demás” (pp. 2), a continuación, se enunciarán las definiciones de cada variable, así como datos científicos relacionados a las variables del presente modelo:

a) La percepción del riesgo se refiere a, la percepción que tiene la persona de vulnerabilidad y la gravedad del riesgo. La percepción de riesgo es insuficiente para la formación de una intención, esta debe ir acompañada de expectativas de resultados y la autoeficacia. La percepción de riesgo de los jóvenes es muy baja (Ballester, Giménez & Ruiz, 2009), sin embargo, si existe la preocupación de adquirir una enfermedad como lo es el VIH, aumenta la probabilidad de la intención al uso del condón (Cunill et. al., 2012). Se han encontrado diferencias en el análisis

comparativo entre muestras de jóvenes españoles y mexicanos, entre las que destacan las siguientes: Los participantes mexicanos han exhibido mayores niveles de riesgo percibido ante la gravedad del VIH. Con respecto a la percepción del uso del condón, la pérdida de placer parece ser una barrera importante para ambos grupos de jóvenes, sin embargo, los españoles presentan una mayor intención de comportamiento y el uso actual del condón en todas las prácticas sexuales (Giménez-García, Ballester-Arnal, Gil-Llario, Cárdenas-López & Durán-Baca, 2013).

b) La expectativa de resultado se refiere a lo esperado consecuente de la conducta, y esta puede ser positiva o negativa, por ejemplo, si usar el condón protegerá o no de alguna enfermedad de transmisión sexual o embarazo no deseado y se refiere a lo esperado también en el aspecto emocional, si la persona espera sentirse satisfecha de haber realizado la conducta (Schwarzer, 2016). Los pros y los contras representan expectativas de resultados positivas y negativas que son típicas en la toma racional de decisiones, sin embargo, también pueden ser representaciones mentales difusas o cargadas de emociones (Schwarzer, 2016). Ballester et al. (2009) señalan que los adolescentes consideran como resultado negativo del uso del condón, la disminución de la sensibilidad, que este fuera a romperse y la interrupción de la relación.

c) La autoeficacia percibida se refiere a la impresión que tienen sobre sus capacidades para llevar a cabo las acciones requeridas y alcanzar el resultado deseado (Schwarzer & Fuchs, 1996; Schwarzer, 2008), dicha variable participa tanto en la fase de motivación, como de acción (Schwarzer, 1999) y como producto de sus múltiples estudios, Schwarzer et. al. (2003) señala que es el factor de motivación más influyente y el predictor más fuerte de las intenciones conductuales, además de facilitar el establecimiento de un objetivo relacionado a la salud. De acuerdo con Warner y Schwarzer (2017), se refiere a la creencia de ser capaz de realizar tareas novedosas o difíciles y lograr lo que uno quiere lograr, esta cognición de "sí se puede" representa

una visión segura de sí misma de la capacidad de uno para enfrentar situaciones desafiantes por medio de la propia conducta. Luszczynska, Gutiérrez-Doña y Schwarzer (2005), señalan la diferenciación entre la autoeficacia general, que se refiere a la creencia que posee el individuo en su propia competencia ante tareas nuevas y diversos afrontamientos, mientras que, la autoeficacia específica se limita a una tarea particular en cuestión, para el caso particular de la presente investigación, el uso del preservativo. De acuerdo con Ballester, Gil-Llarios, Ruiz y Giménez (2013), la autoeficacia se encuentra relacionada con la intención de uso del condón. Del Castillo et al. (2012), señalan que para jóvenes mexicanos, mientras haya una actitud más positiva hacia el uso del preservativo, mayor es la autoeficacia para llevar a cabo conductas preventivas para el VIH/SIDA. En la autoeficacia se han encontrado diferencias en cuanto al sexo, ya que las mujeres se perciben más autoeficaces principalmente en sugerir el uso de condón a la pareja, aunque menos en cuanto a sentirse capaces de comprar el preservativo, mientras que, tanto hombres como mujeres se perciben igual de autoeficaces para poder parar en el momento de máxima excitación para ponerse el preservativo o ponérselo a la pareja (Ballester, et al. 2013). En el estudio hecho en Mozambique con jóvenes, se reporta en ambos sexos, un aumento en la autoeficacia percibida y en la intención de uso del condón cuando se trata de una pareja ocasional que cuando es una pareja estable, además de señalar que sólo el 47,4% de los jóvenes sexualmente activos utilizó el preservativo en la última relación sexual (Cassamo, Gras & Planes, 2005; Cunill, et al. 2012).

La percepción de riesgo, expectativas de resultado y autoeficacia percibida generan la intención de la conducta, una vez creada la intención aumenta la posibilidad de pasar a la fase volitiva. En la fase de motivación, los individuos establecen un objetivo, la intención, mientras que en la fase volitiva, se persigue dicho objetivo (Schwarzer, 2016). A diferencia del modelo de

acción razonada y de conducta planeada, en el presente modelo, la intención no es el factor más proximal a la conducta, sino la planificación.

De acuerdo con Carvalho, Álvarez y Schwarzer (2015), la planificación de la intención es uno de los principales predictores del uso del condón. El autor principal del presente modelo, señala lo siguiente:

"La pregunta clave en la investigación del comportamiento de la salud es cómo predecir y modificar la adopción y el mantenimiento de los comportamientos de salud.

Afortunadamente, los seres humanos tienen, en principio, control sobre su conducta. Las conductas que comprometen la salud pueden eliminarse mediante esfuerzos de autorregulación, y en su lugar se pueden adoptar comportamientos que mejoren la salud, como ejercicio físico, control de peso, nutrición preventiva, higiene dental, uso de condones o cascos, exámenes de detección y vacunación. La autorregulación de la salud se refiere a los procesos motivacionales, volitivos y conductuales de abandono de las conductas de riesgo a favor de la adopción y el mantenimiento de conductas de salud...Aquí la discusión está limitada a cambios intencionales que ocurren cuando las personas se motivan para alterar su forma de vida anterior y establecen objetivos para un curso de acción diferente. Por ejemplo, pueden considerar dejar de fumar, o hacen un esfuerzo para hacerlo. Por lo tanto, la intención representa un factor clave en el cambio de comportamiento de salud, existe consenso en que la intención es una variable indispensable a la hora de explicar y predecir comportamientos. En el proceso de motivación, la intención ha sido considerada como una especie de *Cuenca hidrográfica* entre una fase inicial de establecimiento de objetivos y una fase posterior de seguimiento de metas" (Schwarzer, 2016, pp.120).

La variable con la que se da inicio a la fase de acción y aumenta la posibilidad de llevar a cabo el comportamiento de salud, es la planificación de la conducta, Lippe, Ziegelman y Schwarzer (2004) argumenta que ayuda a cerrar la brecha de intención-comportamiento y que, además, es una variable alterable y, por lo tanto, adecuada para una intervención efectiva, señala que las personas no olvidan fácilmente sus intenciones cuando se han especificado en términos del “cuándo”, “cómo”, y “dónde”. Y será la autorregulación y la autoeficacia percibida, los factores incidentes para iniciar y mantener dicha conducta (Schwarzer, 2008).

La autorregulación, es el control de la acción, esta variable se demostró predictora del comportamiento constante de auto-monitoreo con una muestra de pacientes cardiacos, el hallazgo enfatiza la importancia de mecanismos de autorregulación en las primeras semanas en que las personas empiezan con comportamientos saludables (Sniehotta, Nagy, Scholz, & Schwarzer, 2006).

En la misma línea, Carvalho Álvarez y Schwarzer (2015) señalan como resultado de su estudio, que la planificación de la intención es uno de los principales predictores del uso del condón, mientras que la planificación es precedida por la autoeficacia y la intención. Se puede observar que la autoeficacia percibida es la variable que influye fuertemente tanto en la fase de motivación como de acción (Schwarzer, 2001). Con una muestra de 373 personas con sobrepeso y obesidad se realizó un análisis factorial donde se confirma la separación específica de la autoeficacia de acuerdo con la fase. La autoeficacia motivacional surgió como predictor de intenciones conductuales por encima de otras variables del modelo, mientras que la autoeficacia volitiva, interactuó con la intención en la predicción del comportamiento, por lo que concluyen que la autoeficacia volitiva solo es beneficiosa para individuos con altos niveles de intenciones (Ochsner, Scholz & Hornung, 2005), además, se señala que las personas con un sentido optimista

de autoeficacia volitiva visualizan escenarios de éxito en situaciones incómodas que guían la acción y les permiten perseverar frente a los obstáculos (Schwarzer et. al. 2003). No basta con un simple acto de voluntad para la adopción y mantenimiento de un hábito de salud, sino que implica el desarrollo de habilidades y estrategias de autorregulación. Una vez que se ha tomado una acción, las personas con alta autoeficacia de mantenimiento invierten más esfuerzo y persisten más tiempo que las que se perciben menos autoeficaces (Schwarzer, 2016).

La distinción teórica entre la autoeficacia percibida en las acciones, autoeficacia percibida en el afrontamiento y autoeficacia percibida en la recuperación de recaídas fue planteada por Marlatt, Baer y Quigley (1995) en estudios con problemáticas de consumo de sustancias tóxicas (en Schwarzer & Gutiérrez-Doña, 2009). Autoeficacia percibida en las acciones (también llamada “autoeficacia prevolitiva”), es la primera fase del proceso, cuando la persona aún no ha actuado pero ya desarrolló la motivación, se trata de una creencia optimista, en la cual los individuos que se perciben muy autoeficaces, se imaginan el éxito, anticipan resultados potenciales derivados de diferentes estrategias y son más propensos para iniciar un nuevo comportamiento, por el contrario, individuos que se perciben ineficaces se imaginan escenarios de fracaso. La autoeficacia percibida en el mantenimiento, es la creencia optimista en las propias capacidades de afrontamiento de problemas que emergen durante el periodo en que se está llevando a cabo el comportamiento de salud. Mientras que la autoeficacia percibida en la recuperación, se refiere a la autoevaluación que se hace la persona de sus capacidades, que tras fracasar, pueda recuperarse de recaídas y minimizar los riesgos derivados de la misma (Marlatt, 2002).

Sniehotta, Schwarzer, Scholz y Schüz (2005) diferencian entre dos tipos de planificación, de acción y de afrontamiento, su diferencia radica en que la primera se refiere a la simple

planeación de la acción, mientras que la segunda, es la planeación considerando las estrategias de afrontamiento a las barreras que pueden surgir. Ellos estudiaron a 352 pacientes cardíacos, abordados durante el tratamiento de rehabilitación y concluyen lo siguiente: “Los planes de acción fueron más influyentes al principio del proceso de rehabilitación, mientras que los planes de afrontamiento fueron más instrumentales más adelante. Los participantes con niveles más altos de planificación de afrontamiento después del alta tenían más probabilidades de informar niveles más altos de ejercicio cuatro meses después del alta” (pp.565). Se ha encontrado que las intervenciones psicológicas son útiles para producir planes de afrontamiento bien elaborados para hacer más probable el logro de los objetivos, se debe aumentar la capacidad de pronosticar posibles escenarios, obstáculos y oportunidades, después de que las personas forman un plan de acción, imaginan posibles obstáculos y generan estrategias de afrontamiento (Schwarzer, 2016).

No es muy extensa la investigación enfocada al Modelo de Acción a favor de la Salud (HAPA por sus siglas en inglés) con relación al uso del condón (Carvalho, Álvarez & Schwarzer, 2015; Teng & Winnie, 2011). Sin embargo, se han realizado algunas pruebas de la eficacia del modelo teórico, por ejemplo, con una muestra de mujeres se encontró que el mejor predictor de la intención de chequeos mamarios preventivos, fue la variable autoeficacia y el mejor predictor de dicho comportamiento fue la planificación (Luszczynska & Schwarzer, 2010). Para el caso de conductas de ejercicio físico, la autoeficacia percibida y las expectativas de resultados predijeron niveles de intención y planes de acción y estos dos últimos, a su vez fueron predictores proximales de la conducta de activación física (Lippke, Ziegelmann & Schwarzer, 2004; Keller, Gellert, Knoll, Schneider & Ernsting, 2016) y la planificación se señala como el mediador entre la autoeficacia y la conducta (Zhou, Wang, Knoll & Schwarzer, 2016).

De igual manera, se comprueba la fuerte asociación de las variables del modelo con la intención de llevar a cabo diversas conductas de salud y a su vez con la planificación y la acción, entre estas conductas, se pueden destacar: Dejar de fumar (Berli, Ochsner, Stadler, Knoll, Hornung & Scholz, 2015), el uso de mascarillas faciales (Zhou, Gan, Ke, Knoll, Lonsdale & Schwarzer, 2016), actividad física vigorosa (Hamilton, Warner, Schwarzer, 2016), afrontamiento del cáncer (Luszczynska, Mohamed, & Schwarzer, 2005) y alimentación nutritiva (Schwarzer & Renner, 2000; Schwarzer & Fuchs, 1996; Renner, Knoll, y Schwarzer, 2000). Schwarzer (2016) señala que la principal limitación de este y de la mayoría de los otros modelos de comportamiento de la salud es la falta de consideración explícita de los procesos no conscientes.

A continuación, se presentan diagramas que revelan resultados importantes en el estudio del modelo de acción a favor de la salud (Schwarzer, 2016).

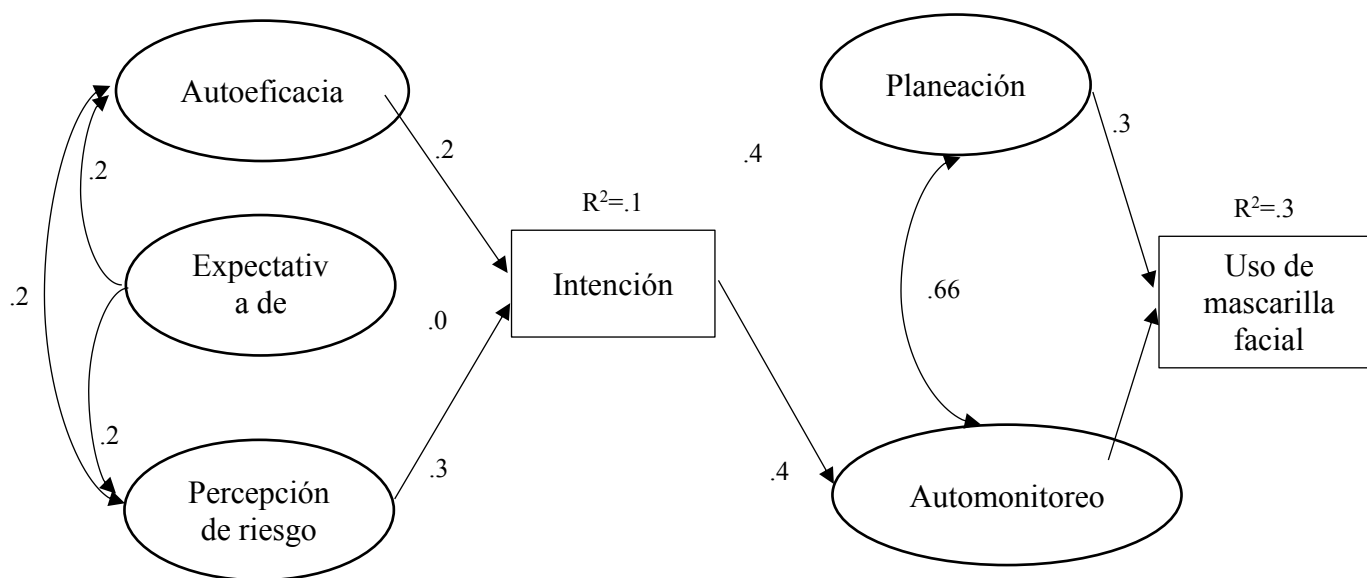


Figura 4. Aplicación de HAPA en el contexto del uso de máscaras de polvo (Zhou et al., 2016, en Schwarzer, 2016)

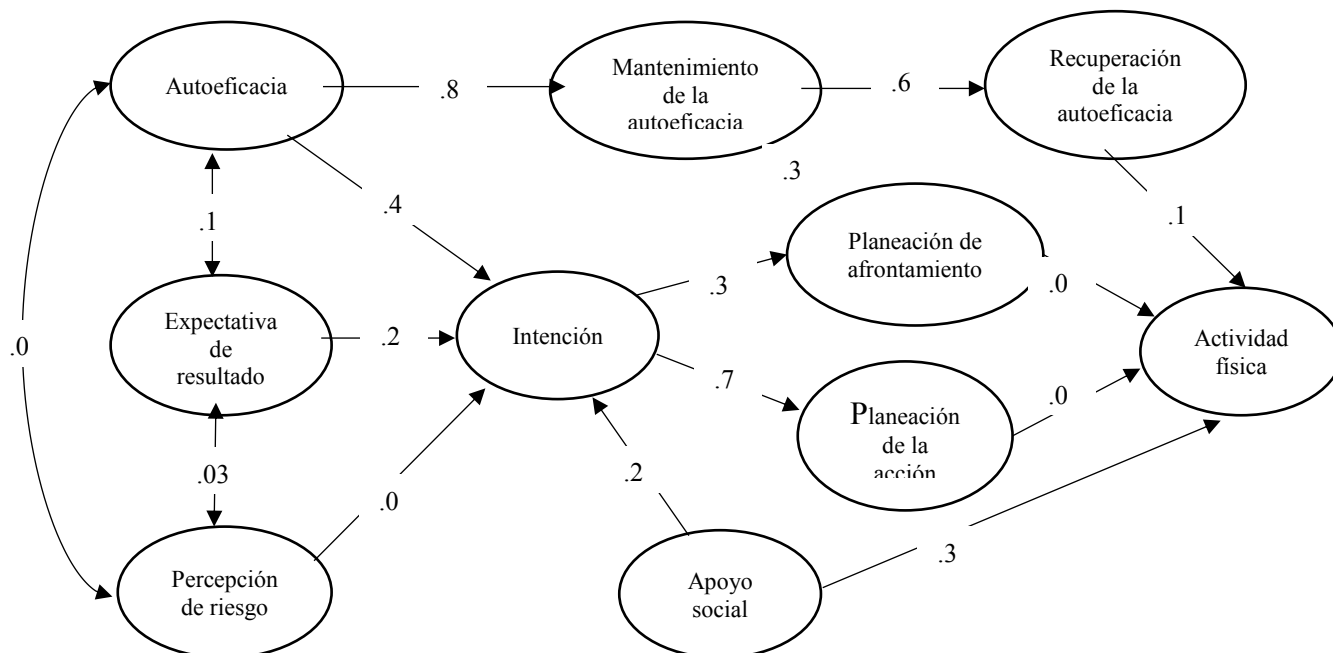


Figura 5. Actividad física entre adultos con obesidad (Parschau et al., 2014, en Schwarzer, 2016).

Con base en los antecedentes antes presentados, el objetivo del presente estudio es evaluar y verificar la relación de las variables de percepción de riesgo, expectativas de resultado y autoeficacia percibida hacia la intención del uso del condón con una muestra de jóvenes adolescentes, como parte de la fase de motivación del modelo de acción a favor de la salud entre una muestra de adolescentes del estado de Guanajuato. El estudio se enfoca a dicha fase debido a la primordial importancia de investigar y arrojar resultados relevantes sobre la generación de una intención conductual previa a la realización de la acción.

Método

Como ya se detalló en la sección anterior, el Modelo de Acción a Favor de la Salud propuesto por Schwarzer (2001), posee dos fases, la de motivación y la volitiva o de acción. A través de la presente investigación, se pretende poner a prueba la capacidad predictiva de la percepción de riesgo, expectativas de resultados y autoeficacia percibida, hacia la intención del uso del condón, enfocándonos de esta manera, a la primera fase del modelo, debido a dos motivos:

- a) Es necesario evaluar la eficiencia de la etapa inicial de la que depende la siguiente fase y
- b) En segundo lugar, la fase de motivación, que es previa a la de la acción, requiere más recursos y tiempo para su estudio, por lo que podemos decir que el presente estudio sienta las bases para trabajos posteriores.

El estudio llevado a cabo es de tipo cuantitativo, transversal y correlacional (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). La investigación estará enfocada en las variables independientes y la variable dependiente que pertenecen a la fase de motivación del Modelo de acción a favor de la salud (Véase Figura 6) y se conforma por dos fases, en la primera fase se lleva a cabo el diseño del instrumento de medición de dichas variables y en la siguiente fase se estudian los valores estadísticos y correlaciones de las mismas.

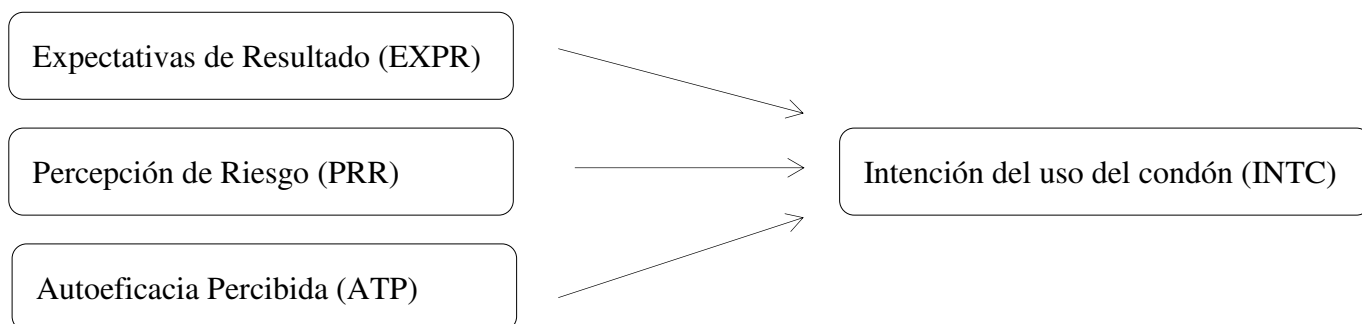


Figura 6. Fase de motivación del Modelo de acción a favor de la salud.

Las variables independientes son: Expectativas de resultado (EXPR), percepción de riesgo (PRR), autoeficacia percibida (ATP) y la variable dependiente a las anteriores: Intención hacia el uso del condón (INTC).

Propósito de la Investigación

Se plantearon diversas preguntas que a continuación se enumeran y se señala el respectivo objetivo a seguir para dar respuesta a cada pregunta (Véase Tabla 5):

Fase 1: Elaboración del instrumento de medición

1. ¿Cuáles ítems conforman un instrumento con evidencias de confiabilidad y validez en la medición de las variables de la fase de motivación del modelo HAPA para su aplicación con la población adolescente en la ciudad de León, Guanajuato?

Objetivo a: Diseñar ítems confiables y válidos para conformar las escalas de medición de las variables Expectativas de Resultado, Percepción de Riesgo, Autoeficacia Percibida e Intención hacia el uso del condón.

2. ¿El instrumento diseñado que mide las variables de la fase motivacional del Modelo de Acción a favor de la Salud es aplicable en la ciudad de León, Guanajuato?

Objetivo b: Conocer si el instrumento posee valores estadísticos aceptables para considerarse que pueda ser aplicable a la población adolescente escolarizada de la ciudad de León, Guanajuato.

Con base en lo anterior, se planteó la siguiente hipótesis:

H1. Las escalas diseñadas generan un instrumento de medición con niveles de validez y confiabilidad aceptable aplicado a la población adolescente escolarizada de la ciudad de León, Guanajuato.

Fase 2. Análisis de las variables de la fase de motivación del Modelo de Acción a Favor de la Salud.

1. ¿Cuál es la prevalencia de intención de uso del condón en los/as jóvenes?

Objetivo a. Conocer los porcentajes de hombres y mujeres adolescentes que poseen la intención de usar el condón.

2. ¿Existen diferencias en subgrupos (sexo, edad, grado e inicio de vida sexual) relacionados a las variables expectativas de resultado, percepción de riesgo, autoeficacia percibida e intención hacia el uso del condón?

Objetivo b. Conocer si existen diferencias en las variables estudiadas en diversos subgrupos de la muestra (sexo, edad, grado e inicio de vida sexual).

3. ¿Cuál es el valor de correlación entre las variables expectativas de resultado, percepción de riesgo, autoeficacia percibida e intención hacia el uso del condón?

Objetivo c. Conocer el valor de correlación entre las distintas variables (EXPR, PRR, ATP e INTC).

4. ¿Las variables expectativas de resultado, percepción de riesgo y la autoeficacia percibida poseen un valor de predicción hacia la variable de intención de uso del condón?

Objetivo d. Determinar si las variables poseen un valor predictivo que alcancen porcentajes importantes de varianza explicada hacia la variable intención de uso del condón, como lo establece el “Modelo de acción a favor de la salud”.

Con base en las preguntas planteadas, los objetivos específicos, y de acuerdo con la literatura hasta ahora revisada, se plantean las siguientes hipótesis:

H1. Se encuentra una baja prevalencia de la intención de uso en los adolescentes de León, Guanajuato.

H2. Se encuentran diferencias significativas en alguno de los subgrupos de la muestra.

H3. Se encuentra una correlación positiva entre la percepción de riesgo y la intención del uso del condón.

H4. Se encuentra una correlación positiva entre las expectativas de resultado positivas y la intención del uso del condón.

H5. Se encuentra una correlación positiva entre la autoeficacia percibida positiva y la intención del uso del condón.

H6. Existen variables de la fase de motivación del modelo que predicen significativamente la variable intención de uso del condón aplicado en jóvenes adolescentes de León, Guanajuato.

Tabla 5

Preguntas, objetivos e hipótesis de la Investigación enfocada a las variables predictoras del uso del condón en jóvenes adolescentes

Pregunta de Investigación	Objetivos	Hipótesis
¿Cuáles ítems poseen un valor estadístico aceptable para poder conformar un instrumento estandarizado para su aplicación con la población adolescente en la ciudad de León, Guanajuato?	Diseñar ítems para conformar las escalas de medición de las variables Expectativas de Resultado, Percepción de Riesgo e Intención hacia el uso del condón.	Las escalas diseñadas generan un instrumento de medición con niveles de validez y confiabilidad aceptable aplicado a la población adolescente escolarizada de la ciudad de León, Guanajuato.
¿El instrumento diseñado que mide las variables de la fase motivacional del Modelo de Acción a favor de la Salud es aplicable en la ciudad de León, Guanajuato?	Conocer si el instrumento posee valores estadísticos aceptables para considerarse que pueda ser aplicable a la población adolescente escolarizada de la ciudad de León, Guanajuato.	

¿Cuál es la prevalencia de intención de uso del condón en los/as jóvenes?	Conocer los porcentajes de hombres y mujeres adolescentes que poseen la intención de usar el condón.	Se encuentra una baja prevalencia de la intención de uso y de uso real del condón en jóvenes.
¿Existen diferencias en subgrupos (sexo, edad, grado e inicio de vida sexual) relacionados a las variables expectativas de resultado, percepción de riesgo, autoeficacia percibida e intención hacia el uso del condón?	Conocer si existen diferencias en las variables estudiadas en diversos subgrupos de la muestra (sexo, edad, grado e inicio de vida sexual).	Se encuentran diferencias significativas en alguno de los subgrupos de la muestra.
¿Cuál es el valor de correlación entre las variables expectativas de resultado, percepción de riesgo, autoeficacia percibida e intención hacia el uso del condón?	Conocer el valor de correlación entre las distintas variables (EXPR, PRR, ATP e INTC).	Se encuentra una correlación positiva entre la percepción de riesgo y la intención del uso del condón. Se encuentra una correlación positiva entre las expectativas de resultado positivas y la intención del uso del condón. Se encuentra una correlación positiva entre la autoeficacia percibida positiva y la intención del uso del condón.

¿Las variables expectativas de resultado, percepción de riesgo y la autoeficacia percibida poseen un valor de predicción hacia la variable de intención de uso del condón?	Determinar si las variables poseen un valor predictivo que alcancen porcentajes importantes de varianza explicada hacia la variable intención de uso del condón, como lo establece el “Modelo de acción a favor de la salud”.	Existen variables de la fase de motivación del modelo que predicen significativamente la variable intención de uso del condón aplicado en jóvenes adolescentes de León, Guanajuato.
---	---	---

Participantes

El muestreo fue de tipo intencional, no probabilístico (Hernández, Fernández & Baptista, 2010). Se seleccionaron tres grupos de cada grado de una escuela de nivel secundaria de la ciudad de León, Gto (Véase Tabla 6). La muestra se constituyó de 103 hombres y 90 mujeres (Véase Tabla 7), en las Tabla 9 y 10 se puede observar los estadísticos descriptivos diferenciados para hombres y para mujeres. La muestra se encuentra en un rango de edad de 12 a 16 años (véase Tabla 8) y una media de edad de 13.7 años, 36 cursando el primer año, 110 el segundo y 49 el tercer año. Se eliminaron casos del primer y tercer grado, debido a que no respondieron de la forma correcta los cuestionarios, ello explica el mayor porcentaje de participantes del segundo grado.

Todos los participantes fueron informados sobre la confidencialidad del estudio y el uso de los datos meramente para fines científicos.

Tabla 6

Estadísticos descriptivos y distribución de frecuencias de la variable grado de los participantes.

GRADO					
Estadísticos descriptivos				Frecuencia	Porcentaje
Media	2.07	1°		36	18.5
Desviación estándar.	.659	2°		110	56.4
		3°		49	25.1
		Total		195	100.0

Tabla 7

Estadísticos descriptivos y distribución de frecuencias de la variable sexo de los participantes.

SEXO		
	Frecuencia	Porcentaje
HOMBRE	103	53.4
MUJER	90	46.6
Total	193	100.0

Tabla 8

Estadísticos descriptivos y distribución de frecuencias de la variable edad de los participantes

EDAD				
		Años de edad	Frecuencia	Porcentaje
Media	13.71	12	18	9.3
Desviación estándar	.924	13	62	32.1
Mínima	12	14	73	37.8
Máxima	16	15	38	19.7
		16	2	1.0
		Total	193	100.0

Tabla 9

Estadísticos descriptivos y distribución de frecuencias de las variables edad y grado del subgrupo de hombres.

HOMBRES					
	Media	Desv. Típ.		Frecuencia	Porcentaje
Edad	13.87	.886	12	6	5.9
			13	28	27.5
			14	42	41.2
			15	25	24.5
			16	1	1.0
Grado	2.14	.627	1	14	13.6
			2	61	59.2
			3	28	27.2

Tabla 10

Estadísticos descriptivos y distribución de frecuencias de las variables edad y grado del subgrupo de mujeres.

MUJERES					
	Media	Desviación Estandar		Frecuencia	Porcentaje
Edad	13.50	.903	12	12	13.3
			13	34	37.8
			14	31	34.4
			15	13	14.4
			16	1	1.0
Grado	1.98	.687	1°	22	24.4
			2°	48	53.3
			3°	20	22.2

Instrumento.

Para el diseño del instrumento se llevó a cabo una revisión exhaustiva de literatura para hacer una aproximación a la manera en que se han medido estas variables (Cunill et. al., 2012; Ballester et. al., 2013; Carvalho et. al. 2015; Cassamo et. al., 2005; López-Rosales y Morál-De La Rubia, 2001), posteriormente se diseñaron cuatro escalas con un total de 38 reactivos e

indicadores teóricos que corresponde a cada variable, con formato de respuesta tipo Likert pictográfico de 4 opciones de respuesta, con los siguientes valores:

1= muy en desacuerdo,

2= en desacuerdo,

3= de acuerdo y

4= muy de acuerdo.

A continuación, se señala la definición teórica y operacional de las variables a emplear en el presente estudio del uso del condón en jóvenes adolescentes (Véase Tabla 11).

Tabla 11

Definición teórica y operacional de las variables de la fase motivacional del modelo de acción a favor de la salud.

Variable	Tipo de variable	Definición teórica Schwarzer et. al (2003)	Definición operacional
Expectativas de resultado	Dependiente	Son creencias subjetivas sobre contingencias del comportamiento de un individuo con resultados posteriores positivos y negativos	Promedio obtenido por las respuestas obtenidas a la escala de EXPR, que determina, en qué medida se considera que, derivado del uso del condón habrá resultados positivos relacionados a la salud sexual.
Percepción de riesgo	Dependiente	Especifica la calidad y cantidad de la susceptibilidad percibida de un individuo a una amenaza para la salud	Promedio obtenido por las respuestas obtenidas a la escala de PRR, que señala en qué medida se consideran vulnerables ante los riesgos relacionados con la falta del uso del condón y su gravedad, por ejemplo, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no planeados.
Autoeficacia percibida	Dependiente	Capacidad percibida de una persona para implementar un cierto comportamiento	Promedio obtenido por las respuestas obtenidas a la escala de ATP, que determina, en qué medida se consideran los jóvenes capaces de hacer uso del condón

Intención	Independiente	Son decisiones explícitas para actuar de cierta manera y comprenden la motivación de una persona hacia un objetivo en términos de dirección e intensidad	Promedio obtenido por las respuestas obtenidas a la escala de INTC, que señala la disposición que tienen los jóvenes de hacer uso del condón para la la relación sexual más próxima.
-----------	---------------	--	--

El valor del alfa de Cronbach de la escala completa, con los reactivos que pasaron el procedimiento de confiabilidad y validez fue de 0.806, el cual se considera como bueno. En la sección de resultados se describen las evidencias de validez de contenido a través del análisis factorial.

Procedimiento

Se llevó a cabo el protocolo de investigación, y se elaboraron los instrumentos necesarios que se describen más adelante. Se hizo contacto con autoridades de una escuela secundaria de la ciudad de León, Guanajuato y se hicieron las solicitudes correspondientes, recibiendo la aprobación de las mismas por parte de las autoridades educativas. Se establecieron fechas y grupos para la aplicación.

Se acudió puntualmente a los salones, se les explicó a los participantes el objetivo de la investigación y se les solicitó de manera verbal y escrita su consentimiento informado. Aquellos alumnos que no quisieron participar se les permitió salir del salón de clase. Los que decidieron contestar el instrumento lo hicieron en silencio, de manera individual. En las instrucciones escritas se reiteraba el carácter anónimo y confidencial del instrumento y si existían dudas sobre el contenido del instrumento se acudió hasta su asiento para responderla.

Una vez recolectada la información, se hizo la captura en el programa estadístico SPSS ® y se hicieron los análisis psicométricos de la escala de acuerdo con el procedimiento sugerido por

Reyes-Lagunes y García y Barragán (2008). Una vez establecidos los indicadores operacionales confiables y validos se realizaron análisis descriptivos, de correlación y de regresión lineal con el método de pasos sucesivos.

Resultados

Los análisis descriptivos señalan que el 15% de la muestra ha tenido al menos una relación sexual a lo largo de su vida, el 78% señaló no haber tenido su primera relación sexual, mientras que el 7% omitió su respuesta. Para el grupo que refirió haber tenido su primera relación sexual (n=29), la media de edad en la que la relación se llevó a cabo, fue de 13 años con una desviación típica de 1.371. Sólo dos participantes señalaron que su primera relación sexual fue antes de los 12 años de edad (7%), doce participantes señalaron que fue entre los 12 y 13 (43%) y catorce jóvenes señalaron que fue entre los 14 y 15 años (50%).

De los casos que ya iniciaron su vida sexual, el 31% reportó haber usado condón en su primera relación sexual, mientras que el 69% restante no lo hizo. El 11% señaló tener relaciones sexuales al menos una vez a la semana, el 7% al menos una vez al mes, el 11% al menos una vez cada 3 meses y el 72% señalo que al menos cada 6 meses.

Evidencias psicométricas del instrumento

Se llevó a cabo un análisis de discriminación a través de la comparación de las personas cuyas respuestas los ubican en el cuartil inferior (<25%) contra las personas con respuestas que los agrupan en el cuartil superior (>75%). Para verificar que cada reactivo sea capaz de discriminar entre ambos grupos, se realizó una prueba t de student para muestras independientes y se discriminaron los reactivos con un valor de significancia igual mayor a .05. Se analizó también la consistencia interna en el que se descartaron reactivos con un valor de correlación múltiple al

cuadrado menor a 0.2. Finalmente se realizó un análisis factorial con el objetivo de conocer la agrupación de diferentes variables y su nivel de correlación entre estos (Véase Tabla 12).

En la fase de discriminación, se eliminaron los reactivos 18, 33 y 37, mientras que en la fase de consistencia interna se eliminaron los reactivos 4 y 13. Para el análisis factorial, se agruparon tres factores de mayor coherencia entre sus reactivos, siendo descartados los reactivos 1, 2, 5, 7, 9, 10, 11, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 28, 29, 35, 36 y 38.

La escala completa queda compuesta por 14 reactivos, el primer factor conformado por 4 reactivos fue el de Expectativas de resultado positivas, con un coeficiente de alfa de Cronbach de $\alpha=.738$, el segundo factor denominado Intención hacia el uso del condón, constó de 6 reactivos con un valor de $\alpha=.708$ y el tercer factor se denominó Autoeficacia Percibida, el cual constó de 5 reactivos y obtuvo un valor $\alpha=.650$. Los reactivos que se diseñaron para la variable de Percepción de Riesgo fueron excluidos debido a la baja correlación que presentaban entre ellos, sin embargo, se utilizó un reactivo al azar de esta escala, con el objetivo de seguir con los análisis de correlación y regresión. El reactivo es el siguiente: “Cualquier persona con la que tenga sexo oral puede contagiarme de VIH”.

Tabla 12

Análisis factorial de los reactivos diseñados para la medición de las variables de la fase motivacional del modelo de acción a favor de la salud.

Reactivos por Factor	$\alpha=.738$	$\alpha=.708$	$\alpha=.650$
Expectativas de resultado positivas			
<u>Si uso el condón cuando tenga relaciones sexuales:</u>			
Me sentiré seguro después de haber tenido relaciones sexuales	.792		
Me sentiré bien con mi compañero sexual	.782		

Me sentiré bien conmigo mismo	.728
Me expongo menos a enfermedades de transmisión sexual	.446
Intención de uso de condón	
Estoy segur@ de que cuando tenga relaciones sexuales con una pareja ocasional, utilizaremos preservativo	.723
Estoy segur@ de que cuando tenga relaciones sexuales con una pareja estable, utilizaremos preservativo	.692
Me siento capaz de sugerir al compañero sexual que usen el preservativo	.555
Tengo la intención de utilizar condón la próxima vez que tenga relaciones sexuales	.542
Antes de algún encuentro sexual, voy pensando en que debo utilizar condón	.453
Me siento capaz de tener relaciones sexuales con condón con mi pareja estable	.478
Autoeficacia percibida	
<u>Me siento capaz de:</u>	
Utilizar el condón aunque haya consumido alcohol u otras drogas	.639
Usar correctamente el condón	.596
Ponerme el condón o ponérselo a mi pareja en el momento de más excitación	.595
Si uso el condón cuando tenga relaciones sexuales estaré más segur@	.538
Si uso el condón cuando tenga relaciones sexuales protejo a mi compañer@ sexual	.503

Con los factores de Expectativas de Resultado Positiva, Intención hacia el Uso del Condón y Autoeficacia Percibida, la varianza total explicada es de 34.2%. El valor del alfa de Cronbach de

la escala completa, con los 15 reactivos finales, fue de $\alpha=.806$ y con un valor de adecuación muestral KMO de .705.

Análisis estadísticos de las variables

La media para el factor de Expectativas de Resultado Positivas es de $\bar{X}=3.2$ con una desviación estándar de .72, la media arrojada para el factor de Autoeficacia Percibida es de $\bar{X}=3.4$ con una desviación estándar de .5 y la media del factor Intención hacia el Uso del Condón es de $\bar{X}=3.5$ con una desviación estándar de .49. Para los tres casos, los puntajes se colocan por encima de la media teórica, que es de $\bar{X}=2.5$, lo cual señala puntuaciones altas (Véase Figura 7, Figura 8, Figura 9).

La variable que evaluamos con un solo reactivo, la percepción de riesgo, obtuvo una media de $\bar{X}=2.85$ con una desviación estándar de 1.0, lo cual señala puntuaciones medias altas (Véase Figura 10).

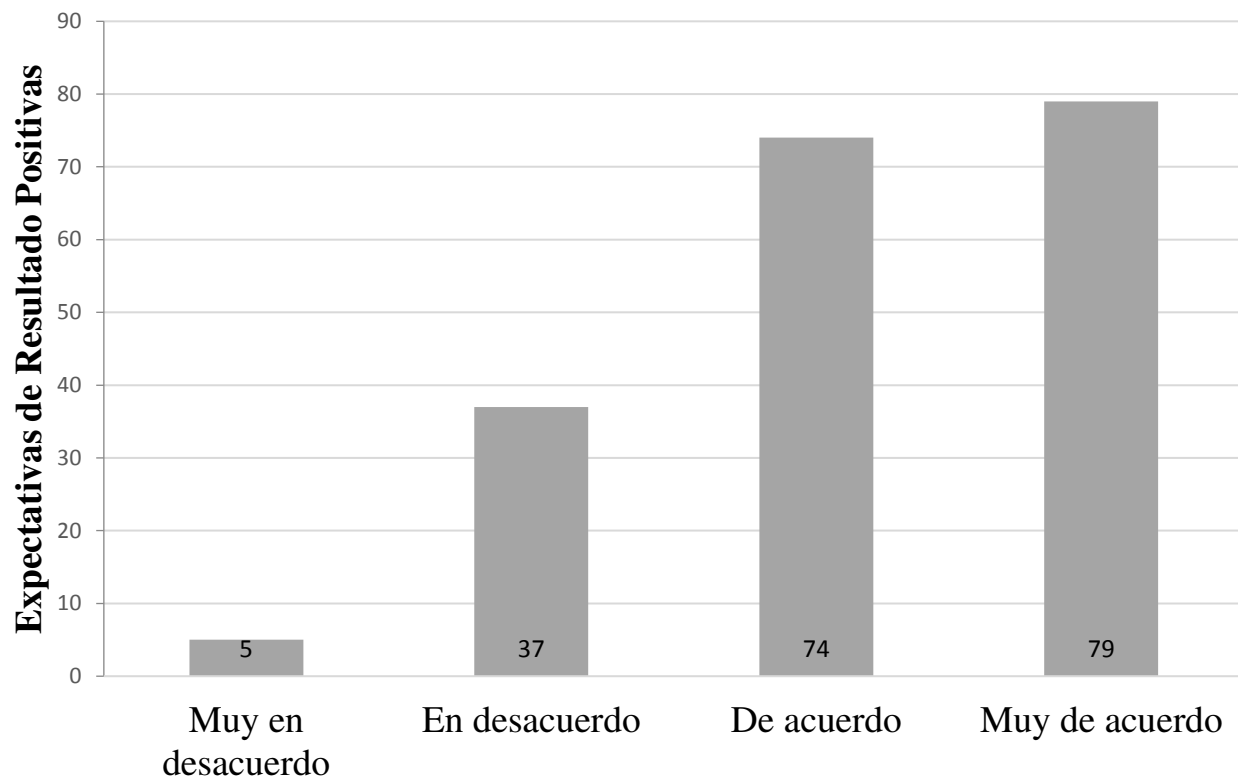


Figura 7. Distribución de frecuencias de la variable Expectativas de Resultado.

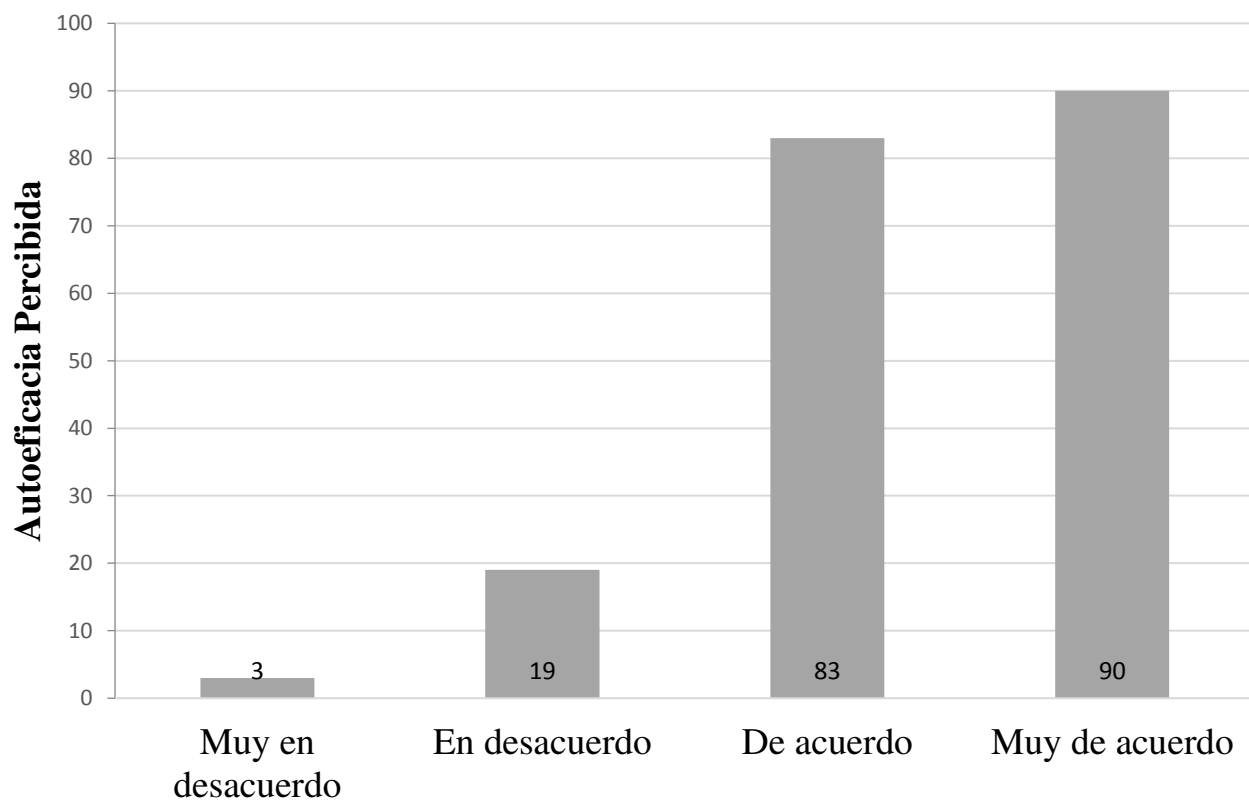


Figura 8. Distribución de frecuencias de la variable Autoeficacia Percibida.

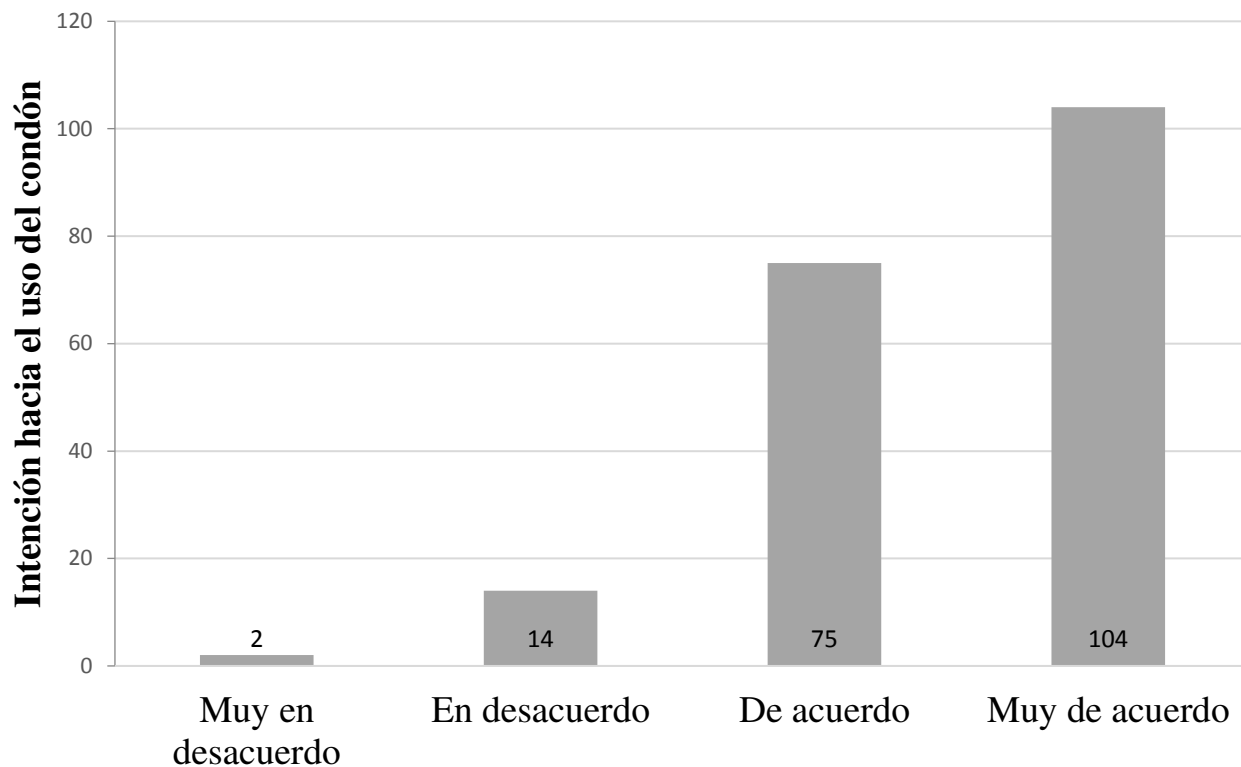


Figura 9. Distribución de frecuencias de la variable Intención hacia el uso del condón.

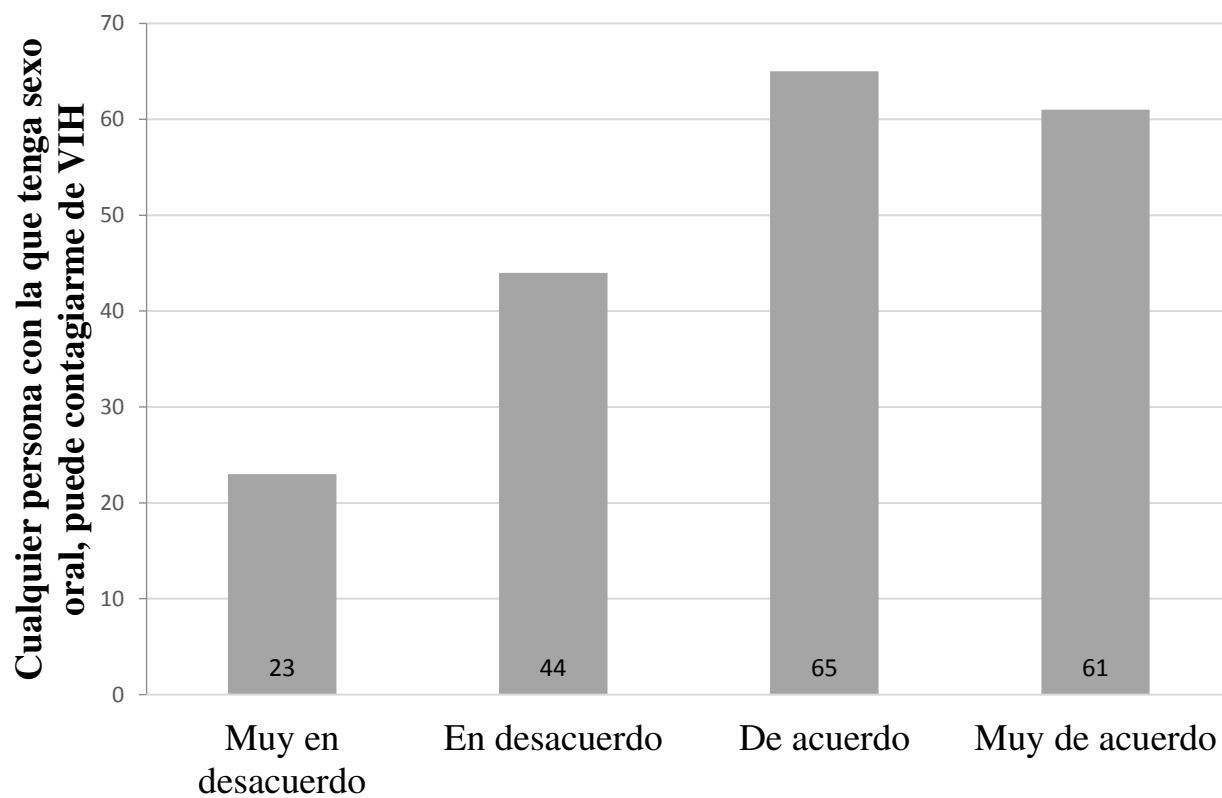


Figura 10. Distribución de frecuencias del reactivo "cualquier persona con la que tenga sexo oral, puede contagiarme de VIH".

Se llevó a cabo un análisis de comparación de grupos y no se encontraron diferencias significativas para las variables sexo, edad e inicio de vida sexual en ningún factor.

Posteriormente se corrió un análisis de varianza con un factor, con el objetivo de comparar las puntuaciones de los factores por grado escolar. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas solo en el reactivo de Intención hacia el uso del condón con un valor F de 3.204 y una significancia de .043 y posteriormente se realizó una prueba post-hoc de Scheffé que arroja una significancia de .045, marcando una diferencia entre el grupo de primer grado de secundaria con una media de $\bar{X}=3.23$ y el grupo de tercer grado de secundaria con una media de $\bar{X}= 3.38$.

Se llevó a cabo un análisis de correlación entre los factores (Véase Tabla 13). Se mostró una relación entre los factores de Expectativas de Resultado y Autoeficacia percibida con un valor de correlación de Pearson de $r = .402$.

Se encontraron correlaciones significativas entre los factores de Expectativas de Resultado Positivas y Autoeficacia Percibida con el factor de Intención hacia el uso del condón. En el primer caso, en el factor de Expectativas positivas se muestra una correlación de Pearson de $r=.393$. En el segundo caso, el factor de Autoeficacia Percibida se encontró un valor de correlación de Pearson de $r=.459$. Todas las correlaciones encontradas fueron positivas.

Tabla 13

Análisis de correlación bivariada que arroja la correlación y el nivel de significancia

		Cualquier persona...	Expectativas de Resultado	Autoeficacia Percibida	Intención hacia el uso del condón
1.Cualquier persona con la que tenga sexo oral, puede contagiarme de VIH	C. Pearson	1	0.095	.163	0.04
	Sig.		.187	.023	.577
Expectativas de Resultado Positivas	C. Pearson	0.095	1	.402**	.393**
	Sig.	.187		.000	.000
Autoeficacia Percibida	C. Pearson	.163	.402**	1	.459**
	Sig.	.023	.000		.000

Nota: ** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral).

Se corrió a cabo un análisis de regresión lineal múltiple con el método de pasos sucesivos, esto con el objetivo de conocer el valor predictivo de las variables independientes, que de acuerdo con el modelo de Schwarzer (2005) son las Expectativas de Resultado, la Percepción de Riesgo y la Autoeficacia Percibida, hacia la variable dependiente que es el uso del condón.

El análisis arroja dos modelos de predicción del uso del condón en jóvenes adolescentes, cabe destacar que la variable de Percepción de Riesgo no resulta significativa en ninguno de los dos.

A continuación se presentan la tabla de valores (Tabla 14) arrojados en el análisis de regresión:

Tabla 14
Resultados del análisis de regresión lineal múltiple.

Resumen de los modelos					
Modelo 1.- AUTOEFICACIA	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación	
	,459 ^a	,211	,207	,44216	
Análisis ANOVA					
	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	9,972	1	9,972	51,009	0
Residual	37,341	191	,196		
Total	47,313	192			
Coefficientes					
Coefficientes no estandarizados			Coefficientes tipificados		
	B	Error típ.	Beta	T	Sig.
				10,662	,000
	,406	,057	,459	7,142	,000
	1,975	,209		9,448	,000
Modelo 2.- AUTOEFICACIA Y EXPECTATIVAS DE RESULTADO	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación	
	,480 ^b	,231	,223	,43765	
Análisis ANOVA					
	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	10,922	2	5,461	28,511	,000 ^c
Residual	36,392	190	,192		
Total	47,313	192			
Coefficientes					
Coefficientes no estandarizados			Coefficientes tipificados		
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
	,351	,061	,397	5,721	,000
	,105	,047	,155	2,226	,027

Como puede observarse en la tabla, el primer modelo se limita a la variable de Autoeficacia Percibida, con una significancia de .000 y un valor $B=.406$ (Véase Figura 11).

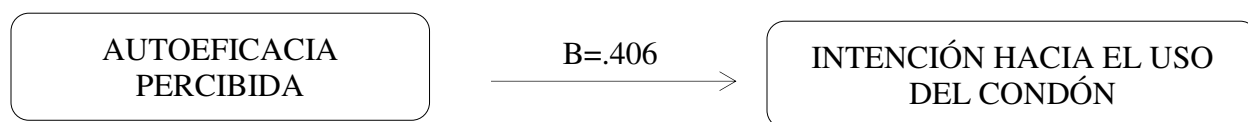


Figura 11. Modelo 1 de regresión

El segundo modelo arrojado en el análisis considera la variable de predicción de Expectativas de Resultado Positivas con una significancia de .027 y un valor $B=.105$ (Véase Figura 12).

Mientras que el valor de la variable autoeficacia percibida obtuvo un valor Beta de $B=.351$, aún mayor que expectativas de resultado.

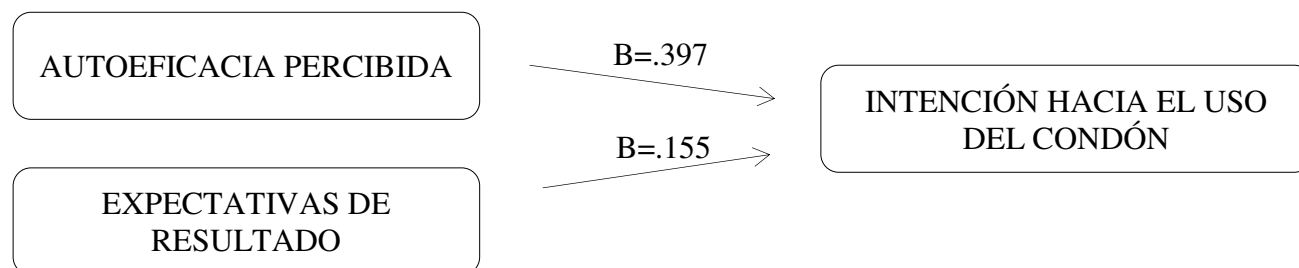


Figura 12. Modelo 2 de regresión

Las variables de autoeficacia Percibida y Expectativas de Resultado conforman un modelo de predicción hacia la intención del uso del condón con un valor R^2 de .231, lo que implica un valor explicativo del 23%.

Se llevaron a cabo análisis de correlación y de regresión exclusivamente para los casos que señalaron haber tenido relaciones sexuales al menos una vez en su vida (Tabla 15).

Tabla 15.

Análisis de correlación bivariada que arroja la correlación y el nivel de significancia exclusivo de la muestra que ha tenido relaciones sexuales alguna vez.

		Expectativas de Resultado	Autoeficacia Percibida	Intención hacia el uso del condón
1. Cualquier persona con la que tenga sexo oral, puede contagiarme de VIH	C. Pearson Sig.	-.024 .900	.050 .799	.149 .441
Expectativas de Resultado Positivas	C. Pearson Sig.		.444* .016	.510** .005
Autoeficacia Percibida	C. Pearson Sig.			.391** .036

Nota: ** La correlación es significativa al nivel .01 (bilateral). *La correlación es significativa al nivel .05 (bilateral).

Tabla 16

Resultados del análisis de regresión lineal múltiple exclusivo de la muestra que han tenido relaciones sexuales alguna vez.

Resumen del modelo						
Modelo 1.- AUTOEFICACIA	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típico de la estimación		
	,489 ^a	,240	,211	,49483		
Análisis ANOVA						
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
Regresión	2,082	1	2,082	8,504	,007	
Residual	6,611	27	,245			
Total	8,693	28				
Coefficientes						
	Coefficientes no estandarizados		Coefficientes tipificados		Sig.	
	B	Error típ.	Beta	t		
	,388	,133	,489	2,916	,007	

Los resultados señalan una correlación significativa entre los factores de Autoeficacia percibida y Expectativas de Resultado Positivas hacia la Intención del Uso del condón, en el primer caso con una Correlación de Pearson de .451 y para el Segundo caso de .489 (Tabla 15). Se mostró también una correlación positiva de .436 entre el factor de expectativas de resultado y la autoeficacia percibida. En el análisis de regresión lineal surgió como variable predictor de la intención, únicamente el factor de Expectativas de Resultado con un valor Beta de $\beta=.489$ y un R^2 de .211, lo que indica un valor explicativo del 21% (Tabla 16).

Discusión

En la presente investigación, se muestran resultados relevantes sobre la salud sexual y reproductiva de los jóvenes en el municipio de León, Guanajuato. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas, la salud sexual y reproductiva se refiere a “la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. Si bien hablar de salud sexual se refiere a un tema bastante amplio, para objetivos de la investigación nos centramos al riesgo de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual al no hacer uso de un método de barrera como el condón.

Los resultados indican que el porcentaje de participantes, jóvenes de 12 a 16 años escolarizados del municipio de León, Guanajuato, que ha tenido relaciones sexuales es del 15%, es decir una sexta parte de los jóvenes han tenido al menos una relación sexual a lo largo de su vida, siendo para la mayoría su debut, entre los 13 y 15 años de edad, ello coincide con los resultados de Díaz-Loving y Robles (2009) en la Ciudad México donde se arroja una media de edad de debut sexual de 14.68 años, sin embargo, va muy por debajo de la edad promedio nacional de debut sexual que es de 18 años. Esta muestra, si bien no representa un porcentaje alto, es importante señalar que es algo que sucede con una pequeña población de los jóvenes y que, además sólo el 31% usó condón en su primera relación sexual, por lo que hablamos del 69% de los jóvenes que se expusieron a un embarazo no planificado o a una infección de transmisión sexual. Algunos de ellos señalan que tienen relaciones sexuales al menos una vez a la semana o bien al menos una vez al mes, por lo que es de suma importancia poner un foco de atención prioritaria a este pequeño porcentaje, enfocado a la investigación y prevención.

Basándonos en los riesgos formulados por el Fondo de Población de las Naciones Unidas en el que se comprende, el tener relaciones sexuales de forma desprotegida, se llevó a cabo la revisión de múltiples estudios relacionados a los factores que se encuentran mayormente relacionados con el uso del condón. Entre los principales resultados destacan el nivel de información, las actitudes, norma subjetiva, percepción del riesgo y la autoeficacia, y sobre todo se asocia de forma muy significativa la intención del uso como un mediador entre estas variables con la conducta. El presente estudio se enfocó en las variables de la fase motivacional consideradas en el Modelo de Acción a Favor de la Salud (HAPA) (Schwarzer, 2001); la Autoeficacia Percibida, las Expectativas de Resultado y la Percepción de Riesgo que predicen la intención hacia las conductas de salud, se hizo el diseño de reactivos de medición de dichas variable para posteriormente buscar las correlaciones entre las mismas.

De acuerdo a los análisis estadísticos aplicados a los reactivos diseñados, se estimó el nivel de confiabilidad de las pruebas aplicadas basándonos en el valor alfa de cronbach (Cronbach, 1951, en Frías-Navarro, 2014). El valor alfa de la escala global de .806 es considerada como buena, mientras que los resultados por escala señalan que para Expectativas de Resultados Positivas e Intención del uso del Condón, de .738 y .708 respectivamente, son consideradas como aceptables, mientras que para Autoeficacia Percibida el valor alfa de .650, es considerado como cuestionable (George & Mallery, 2003 en Frías-Navarro, 2014). La agrupación de los reactivos del análisis factorial mostró también una consistencia interna en las escalas arrojadas, sin embargo, es importante señalar que para los reactivos diseñados para la escala de Percepción de riesgo no se arrojaron resultados que aprobaran su confiabilidad y consistencia. Se puede señalar que la Hipótesis 1 se comprueba parcialmente, ya que se puede afirmar que el instrumento que comprende las variables de autoeficacia percibida, expectativas de resultado e intención de uso

del condón es válida y confiable, aplicada a jóvenes entre 12 y 16 años escolarizados, recordando que se excluye de la prueba la variable de Percepción de Riesgo.

Las expectativas de resultado son las creencias que posee el adolescente sobre los resultados consecuentes de hacer uso del condón, la percepción del riesgo se refiere a la susceptibilidad que percibe el joven a las amenazas que representan el no hacer uso del condón, mientras que la autoeficacia percibida, se refiere a la capacidad que percibe el joven de sí mismo para poder hacer uso del condón. De acuerdo con el Modelo de Acción a Favor de la Salud, las tres variables son predictoras de la intención, que es la predisposición que posee la persona para hacer uso del condón en las relaciones sexuales posteriores.

Las medias de cada uno de estas variables señalan que los puntajes se ubican por encima de la media teórica, que es de 3, mientras más alto sea el puntaje significa que más está presente en los jóvenes dicha variable. Los resultados de las Expectativas de Resultado Positivas, la Autoeficacia Percibida y la Intención hacia el Uso del Condón, fue de 3.4, 3.2 y 3.5 respectivamente, es decir, los jóvenes tienen expectativas de que el uso del condón traerá resultados favorables, además se consideran capaces de hacer uso del condón y existe una intención de hacerlo. La variable que puntuó por debajo de la media teórica fue la de Percepción de Riesgo, con una puntuación de 2.85, es decir, falta en los jóvenes adolescentes percibir que no hacer uso del condón representa un riesgo para su salud. Lo anterior implica que existe una falta de información sobre las consecuencias, ya que de acuerdo con Millán y Álvarez (2009), se presentan en los adolescentes diversas creencias falsas en torno a la vivencia de la sexualidad y que pueden resultar riesgosas, o bien que han sido informados al respecto y aun así, se sigue percibiendo que el riesgo de contraer una Infección de Transmisión Sexual o de quedar embarazada o embarazar a la pareja es bajo.

Los análisis no arrojan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las variables sexo, edad e inicio de vida sexual en ningún factor. Sólo se encuentra diferencias entre el grupo de primer grado de secundaria y el grupo de tercer grado de secundaria en relación a la variable de Intención hacia el uso del condón, señalando una mayor intención para el grupo de tercer grado. Es de esperarse que los jóvenes que se encuentran cursando el tercer grado y que poseen mayor edad, por lo tanto, mayor madurez psicológica, tengan una mayor predisposición al uso del condón para futuras relaciones sexuales, sin embargo, un dato curioso es que no se mostraron diferencias estadísticas con respecto a la edad.

Se rechaza la Hipótesis 3, donde se esperaba encontrar una correlación positiva entre la variable de percepción de riesgo con el uso del condón, sin embargo, no se encontraron resultados estadísticamente significativos que pudieran confirmar dicha asociación. Para el caso de las variables expectativas de resultado y autoeficacia percibida si se encontró dicha correlación hacia la variable de intención hacia el uso del condón, por lo que se aceptan la Hipótesis 4 y 5.

Con el objetivo de comprobar la Hipótesis 6, se consideró el segundo modelo arrojado por el análisis de regresión lineal, en el cual, las variables de autoeficacia percibida y expectativas de resultado positivas obtienen un valor significativo en relación a la variable de Intención hacia el uso del condón. Lo que se refiere a la autoeficacia percibida de la persona adolescente, son aquellas cogniciones en la que se considere que pueda llevar a cabo ciertas conductas como ir a comprar el condón, llevarlo antes de alguna cita, usarlo de forma correcta, negarse a tener relaciones en caso de que no haya un condón disponible, etc. Y en cuanto a lo referente a las expectativas de resultado, son aquellas cogniciones que hacen alusión a lo que se espera de haber usado el condón, estas pueden ser de tipo positivas o negativas, como lo es sentirse seguro o

segura de no contraer alguna enfermedad de transmisión sexual o bien, de protegerse de un embarazo no planificado, sentirse satisfecho, cómodo, etc.

El análisis señala que las variables de Autoeficacia Percibida y Expectativas de resultado positivas aumentan la probabilidad de intención del uso del condón. Esto quiere decir que cuanto más capaz se sienta la persona adolescente de usar el condón y que cuántos más resultados positivos espere como consecuencia de hacer uso de condón, se aumenta la probabilidad de que se lleve a cabo dicha conducta.

La Hipótesis 6 se comprueba parcialmente, ya que si bien, se obtuvieron resultados favorables para las variables de Autoeficacia Percibida y Expectativas de Resultado positivas, para el caso de la Percepción de Riesgo no se puede concluir de la misma manera.

De acuerdo a los análisis de correlación y regresión, la percepción de riesgo no tiene un valor de predicción hacia la intención del uso del condón. Esto quiere decir que no es relevante para la persona adolescente que sepa la gravedad de las enfermedades de transmisión sexual y/o la facilidad de contagio o que puede quedar embarazada y/o embarazar a su pareja y que ello puede traer consecuencias graves. Además de lo anterior, es importante señalar que los reactivos diseñados para la medición de la variable, no cumplieron con los criterios de confiabilidad y validez, por lo que será importante para futuras investigaciones hacer una revisión más detallada y precisa de los reactivos, de modo que pueda resultar una correlación con la variable de Intención hacia el Uso del Condón.

También es importante hacer la observación de que la variable que obtuvo un mayor valor de correlación y de predicción hacia la intención del uso del condón en la muestra total, fue la autoeficacia percibida, por lo que se puede inferir que si bien la participación de las tres variables que indica Schwarzer (2001), la percepción de riesgo, expectativas de resultado y autoeficacia

percibida, generan en conjunto una intención, es probable que la última variable mencionada tenga un valor altamente significativo en la predicción del uso del condón. Esta afirmación coincidiría con las conclusiones hechas por Gebreselssie et. Al (2013), Zhang et. Al (2014), Uribe et. Al. (2017), Valencia & Canaval (2012) y Leddy et. Al (2016).

Como ya se mencionó, para el análisis con todos los casos la autoeficacia percibida tiene un mayor valor de correlación y de predicción, sin embargo, se observó diferente en la muestra de los casos que respondieron haber tenido relaciones sexuales al menos una vez en su vida (en su mayoría hombres que no usaron condón en su primera relación sexual). Para este subgrupo, se obtuvo un valor predictivo solo para la variable de Expectativas de Resultado. Una posible respuesta a lo anterior es que para el grupo que ya ha experimentado su primera relación sexual, han sentido la preocupación de un embarazo no planeado o una ITS (resultado de no haber usado condón), las Expectativas de Resultado cobran una mayor importancia en la Intención hacia el Uso del Condón

Sólo el 8.2% de la muestra reportó una baja y media baja intención hacia el uso del condón, mientras que el 91.8% posee una media alta o alta intención, por lo que se rechaza la Hipótesis 2, donde se esperaba una baja prevalencia de intención de uso. Dicho resultado nos señala que la mayoría de los jóvenes adolescentes poseen ya una predisposición para usar este método de barrera, hayan iniciado o no su vida sexual, sin embargo, de acuerdo a lo que se observa en los antecedentes revisados, en los que se reporta que más de la mitad de los jóvenes no se protegen con condón. El presente estudio se enfoca a la fase de motivación hacia el uso, por lo que sería importante considerar para futuras investigaciones cuestionarse que ocurre una vez generada la predisposición hacia el uso del condón y poner a prueba la fase volitiva o de acción del modelo,

en la cual se sigue considerando la variable de autoeficacia percibida y entra la variable planeación aplicada tanto a la acción y al afrontamiento.

Referente a estos casos que han tenido relaciones sexuales al menos una vez en su vida, el porcentaje fue de 15%, de los cuales el 31% mencionó haber usado el condón y en cuanto a la frecuencia de relaciones sexuales, la mayoría (72%) señaló que lo hace al menos una vez cada seis meses. Lo que estos porcentajes indican es que son pocos los casos de adolescentes que han tenido alguna relación sexual y que la frecuencia con que lo hacen es baja, sin embargo, esto no significa que no sea alarmante, ya que aunque son pocos los casos, la mayoría refiere no usar condón, y es en entonces cuando hay una exposición al riesgo de adquirir alguna enfermedad de transmisión sexual o de un embarazo no planeado.

En cuanto a la aplicabilidad del modelo a la población de estudiantes de secundaria de la ciudad de León, Guanajuato, se puede señalar que el conjunto de las tres variables de la fase de motivación del Modelo de Acción a Favor de la Salud, no son en su totalidad predictoras de la Intención hacia el Uso del Condón en la muestra utilizada. Sin embargo y como ya se señaló, una revisión más exhaustiva de los reactivos, principalmente de la variable de Percepción de Riesgo, será importante para futuras investigaciones.

Limitaciones

Una importante consideración del estudio fue en el diseño de los reactivos para evaluar la percepción de riesgo ya que no se cumplieron con los criterios de validez y confiabilidad. Se recomienda que en futuras investigaciones sea considerada la elaboración de una escala de dicha variable con reactivos adaptados a la población adolescente.

Otra consideración importante fue que se limitó al estudio de una de las fases del Modelo de Acción a Favor de la Salud, la fase de motivación y no al modelo completo, por lo que sería

importante poder observar si una vez generada la intención hacia el uso del condón, efectivamente se llega a la conducta de hacer su uso.

El estudio se redujo a la población de 12 a 16 años, por lo que sería importante enfocar futuras investigaciones a jóvenes adolescentes de mayor edad, en la que muy probablemente se encontrará un mayor porcentaje de la muestra que haya tenido su debut sexual.

Conclusiones

Para concluir, hay que señalar que el Modelo de Acción a Favor de la Salud propuesto por Schwarzer (2001) es relevante en el estudio del uso del condón. Al hacer una aproximación a la veracidad de las variables propuestas en el modelo en la intención hacia el uso del condón, se podrá hacer un diseño más puntual y que resulte más eficaz en las intervenciones de prevención en materia de salud sexual.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1999), la mayoría de las problemáticas de salud de los jóvenes adolescentes pueden ser evitables, ya que se han reportado entre las principales causas de morbilidad y mortalidad, se encuentran el consumo de alcohol o drogas, los trastornos del comportamiento alimentario y las conductas sexuales de riesgo y que son la consecuencia de hábitos y estilos de vida que siguen (Antona, Madrid & Aláez, 2003). Es importante trabajar en campañas de prevención enfocada a las variables del Modelo de Acción a Favor de la Salud, sobre todo la Autoeficacia Percibida y las Expectativas de Resultado, ya que se vuelve alarmante observar un incremento en la población de mujeres adolescentes que han tenido un embarazo no planeado o bien el incremento en las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes, ambos consecuencia de no haberse protegido para el contacto sexual. La percepción de riesgo no resultó significativa en la predicción hacia el uso del condón, sin embargo es necesario más investigación al respecto para poder llegar a una conclusión definitiva.

Con base en los resultados de la presente investigación, una propuesta es hacer uso de técnicas enfocadas en que los adolescentes se sientan más preparados y capaces de hacer uso del condón y que se incluya la consideración de la posibilidad de que la pareja no quiera hacer uso del condón, ya que eso es una de las principales problemáticas a la que se enfrentan los jóvenes para hacer uso del mismo (Sánchez, Robles & Enríquez, 2015), por lo que sería importante trabajar de igual forma habilidades de negociación específicas a este tipo de situaciones, es decir, que sean y se sientan capaces de escuchar argumentos de la pareja y de poder expresar los propios argumentos para convencer a la pareja de hacer uso del condón.

Referencias

- Ajzen, I. (1988). Attitudes, personality and behavior. Chicago. Open University Press
- Acosta, S; Ibañez E.; Alfonso, A; Cifuentes, L; Gamba, S; Mojica, C; Vargas, V & Patiño, E. (2010). Conductas de salud y factores de riesgo en la salud sexual y reproductiva de una población universitaria. *Publicación Científica en Ciencias Biomédicas*, 8(13). Recuperado de http://www.unicolmayor.edu.co/invest_nova/NOVA/NOVA13_ARTORIG3.pdf
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Aláez, M., Madrid, J., & Antona, A. (2003). Adolescencia y Salud. *Papeles del Psicólogo*, 23(84), 45-53.

Albarracín, D.; Johnson, B.T.; Fishbein, M.; Muellerleile, P.A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 127(1), 142-61. Recuperado de http://digitalcommons.uconn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1007&context=chip_docs

Albarracín, D.; Kumkale, G. T. & Johnson, Blair T. (2004). Influences of Social Power and Normative Support on Condom Use Decisions. *AIDS CARE*, 16(6), 700-723. Recuperado de http://digitalcommons.uconn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1009&context=chip_docs

Antona, A., Madrid, J., & Aláez, M. (2003). Adolescencia y salud. *Papeles del Psicólogo*, 84, 45-53. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808405.pdf>

Ávalos Montoya M. L., & García y Barragán, L. F. (2014). Efectos del contexto cultural en el embarazo y paternidad adolescente. 7º Verano Estatal de la Investigación. Consejo de Ciencia y Tecnología del Estado de Guanajuato.

Bagnato Nuñez, M. J., Jenaro, C., Flores, N. & Guzmán, K. (2014). Factores culturales asociados a las conductas sexuales en estudiantes universitarios de Uruguay y España: Estudio Preliminar. *Psicología, conocimiento y sociedad*, 4(1), 6-32. Recuperado de <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/176/170>

- Bahamón Muñetón, M., & Vianchá Pinzón, M., & Tobos Vergara, A. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*, 31 (2), 327-353. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21331836009>
- Ballester, R., Gil, M. D., Giménez, C., & Ruíz, E. (2009). Actitud y conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/SIDA en jóvenes españoles. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 14(3), 181-191.
- Ballester, R., Gil-Llario, M. D., Ruíz-Palomino, E., & Giménez-García, C. (enero de 2013). Autoeficacia en la prevención sexual del SIDA: la influencia del género. *anales de psicología*, 29(1), 76-82. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.124601>
- Banco Mundial (2015). Banco de datos. Estadísticas sobre salud, nutrición y población. Recuperado el 12 de junio de 2017 en <http://databank.bancomundial.org/data/reports.asp?source=estad%C3%ADsticas-sobre-salud,-nutrici%C3%B3n-y-poblaci%C3%B3n>
- Bandura A. (1991). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. *Organizational Behavior and human decision processes*, 50, 247-287. Recuperado de <https://web.stanford.edu/dept/psychology/bandura/pajares/Bandura1991OBHDP.pdf>

- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*, 4, 71-81. New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998)
- Bello, A. M., Palacio, j., Vera-Villarroel, P., Oviedo, O., Rodríguez, M., Celis-Atenas, k., & Pavez, P. (2014). Presentación de una escala para evaluar actitudes y creencias sobre la sexualidad reproductiva en adolescentes varones de la región Caribe colombiana. *Universitas Psychologica*, 13(1), 1-29.
- Beltran Molina, L. (2013). *Embarazo Adolescente*. Ministerio del poder popular para la planificación y desarrollo.
- Bentler, P. M. & Speckart, G. (1979). Models of attitude behavior relations. *Psychological Review*, 86, 452-464
- Berli, Ochsner, Stadler, Knoll, Hornung & Scholz (2015). Volitional processes and daily smoking: examining inter- and intraindividual associations around a quit attempt. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(2), 306-317. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10865-014-9598-x#citeas>
- Burger, J. M. & Burns, L. (1988). The illusion of unique vulnerability and the use of effective contraception. *Personality and social psychology. Bulletin*, 14(2), 264-270.

- Campero, L., Caballero, M., Kendall, T., Herrera, C. & Zarco, A. (2010). Soporte emocional y vivencias del VIH: Impactos en varones y mujeres mexicanas desde un enfoque de género. *Salud mental*, 5(33)
- Capella Palacios, M.; González Vázquez, A.; Valery Franco, J. F. (2013). La actitud hacia el uso del preservativo en estudiantes latinoamericanos residentes en Madrid: una aproximación desde la teoría de la acción planificada. Ponencia presentada en el XI Congreso Español de Sociología. Recuperado de <http://www.sidastudi.org/es/registro/ff8081813ff27c2e01402e57be91004c>
- Carvalho, T. M., Alvarez, M.-J., Barz, M., & Schwarzer, R. (2015). Preparatory Behavior for Condom Use Among Heterosexual Young Men: A longitudinal Mediation Model. *Health Education & Behavior*, 42(1), 92-99.
- Cassamo, H., Grass, M. E., & Planes, M. (2005). Expectativas, actitudes y normas percibidas respecto al uso del preservativo por los jóvenes en Mozambique. *Sexología Integral*, 2(4), 173-179.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. (2010). El condón. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/elcondon.html>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. (2015). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Recuperado el 18 de febrero de 2016, de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_al_13noviembre_2015.pdf

- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. (2017). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 1er. trimestre del 2017. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/220364/RN_1er_trim_2017.pdf
- Charlotte, R. R., Conner, M., Taylor, N. J. & Lawton, R. J. (2011). Prospective prediction of health-related behaviours: a meta-analysis. *Health Psychology Review*, 1(48).
- Charnigo, R., Crosby, R. A., & Troutman, A. (2010). Psychosocial Constructs Associated with Condom Use Among High-Risk African American Men Newly Diagnosed with a Sexually Transmitted Disease. *Annals of Behavioral Medicine*, 39(3), 303–310. <http://doi.org/10.1007/s12160-010-9184-6>
- Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M. & Lammers, C. (2005). Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 192(2), 342–349.
- Consejo Nacional de Población. (2010). La situación actual de los jóvenes en México. Recuperado de http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/cuadro_3.pdf
- Consejo Nacional de Población. (2015). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/encuestas/hogares/especiales/enadid/enadid2014/doc/resultados_enadid14.pdf

- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Crosby, R., Milhausen, R., Yarber, W.L., Sanders, S. A. & Graham, C.A (2008) Condom 'turn off s' among adults: an exploratory study. *International Journal of STD & AIDS*, 19(9), 590-594, doi: 10.1258/ijsa.2008.008120. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18725548/>
- Cunill, M., Gras, M. E., Planes, M., & Serda, B.-C. (2012). Predictores de la Intención del uso del Preservativo en adolescentes. *C. Med. Psicosom*(104), 9-18.
- Darroch, J. E., Audam, S., Biddlecom, A., Kopplin, G., Riley, T., Singh, S. & Sully, E.(2017). Adding It Up: Investing in Contraception and Maternal and Newborn Health, 2017. Guttmacher Institute. Recuperado de <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017>
- Darroch, J. E., Woog, V., Bankole, A. & Ashford, L. S. (2016). Adding It Up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents. Guttmacher Institute. Recuperado de <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-meeting-contraceptive-needs-of-adolescents>
- 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. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11230198004>

- Del Castillo Arreola, A., Mayorga Rivera, L., Guzmán Saldaña, R., Escorza Hernández, F., Gutierrez Gómez, I. G., Hernández Hernández, M., & Juárez Méndez, E. (s.f.). Actitud hacia el uso del condón y autoeficacia en la prevención del VIH/SIDA en estudiantes de psicología de la UAEH. *Revista científica electrónica de psicología*(13).
- Di Clement, Crosby, R. & Wingood, G. (2002). La prevención de VIH/SIDA en adolescentes. Deficiencias detectadas y enfoques nuevos. *Perspectivas*, 32(2), 1-23. Recuperado el 22 de julio de 2010, de <http://www.ibe.unesco.org/publications/Prospects/ProspectsPdf/122s/122s.pdf>
- Díaz-Loving, R. & Robles Montijo, S. (2009). Amor, romance, sexo y protección en adolescentes. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 14(2), 215-228.
- Dodge, B., Jeffries, W. L., & Sandfort, T. G. M. (2008). Beyond the Down Low: Sexual Risk, Protection, and Disclosure Among At-Risk Black Men Who Have Sex with Both Men and Women (MSMW). *Archives of Sexual Behavior*, 37(5), 683–696. <http://doi.org/10.1007/s10508-008-9356-7>. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566750/>
- Espada, J., Morales, A., Guillén, A., Ballester, R. & Orgiles, M. (2016). Predicting condom use in adolescents: a test of three socio-cognitive models using a structural equation modeling approach. *BMC Public Health*, 16(35). Recuperado de <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-2702-0>

- Espada, J.P., Quiles, M.J. & Méndez, F.J. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles del psicólogo*, 85, 1-12.
Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808504>
- Finlay, J. E., Özaltın, E. & Canning, D. (2011). The association of maternal age with infant mortality, child anthropometric failure, diarrhoea and anaemia for first births: evidence from 55 low- and middle-income countries. *BMJ Open*, 1(2). Recuperado de <http://bmjopen.bmj.com/content/1/2/e000226>
- Fishbein, M. (1990). Aids and behaviour change: An analysis based of the Theory Reasoned Action. *Revista Interamericana de Psicología*, 24(1), 37-56.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley. Recuperado de <http://people.umass.edu/aizen/f&a1975.html>
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1980). *Understanding attitude and predicting social behavior*.
- Flores Palacios, F., & de Alba, M. (mayo-junio de 2006). El SIDA y los jóvenes: Un estudio de representaciones sociales. *Salud Mental*, 29(3), 51-59.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (2011). *Estado Mundial de la Infancia*.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2013). Recuperado de http://www.unfpa.org.mx/ssr_adolescentes.php

- Frías-Navarro, D. (2014). Apuntes de SPSS. Universidad de Valencia. Recuperado de <https://www.uv.es/friasnav/ApuntesSPSS.pdf>
- García-Vega, Menéndez, Fernández y Cuesta (2012). Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), pp. 79-87. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539010>
- Gebhardt, W. A., Kuyper, L. & Greunsven, G. (2003). Need for intimacy in relationships and motives for sex as determinants of adolescent condom use. *Journal of Adolescent Health*, 33(3), 154-164. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12944005>
- Gebreselassie, G., Deyessa, N., & Tesfaye, G. (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(1), 23. <http://doi.org/10.1186/0778-7367-71-23>
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon. Recuperado de <https://wps.ablongman.com/wps/media/objects/385/394732/george4answers.pdf>
- Giménez-García, C., Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M. D., Cárdenas-López, G. & Durán-Baca, X. (2013). Culture as an Influence on the Perceived Risk of HIV Infection: A Differential Analysis Comparing Young People from Mexico and Spain. *Journal of*

Community Health ,38(3), 434–442. Recuperado de
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23247547>

Gobierno de la República. (2016). Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes. Recuperado el 18 de febrero de 2016, de
http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/ESTRATEGIA_NACIONAL_PARA_LA_PREVENCION_DEL_EMBARAZO_EN_ADOLESCENTES

Grant, M. & Frank, F. (2007). Changes in the Transition to Adulthood in Less Developed Countries. *European Journal of Population*, 23. pp. 415-428.

Hamilton, K., Warner, L. M. & Schwarzer, R. (2016). The Role of Self-Efficacy and Friend Support on Adolescent Vigorous Physical Activity. *Health Education Behavior*, 44(1), 175-181.<https://doi.org/10.1177/1090198116648266>. Recuperado de
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1090198116648266#articleCitationDownloadContainer>

Hernández, M. F., De la Cruz Muradás, M. & Sánchez M. (2015) Panorama de la salud sexual y reproductiva, 2014. En *La Situación Demográfica de México 2015* (pp.47). Distrito Federal, México: Consejo Nacional de Población. Recuperado de
http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Situacion_Demografica_De_Mexico/2015/HTML/files/assets/basic-html/page-4.html#

Hernández S, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006) *Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill, México.

Herrick, A., Kuhns, L., Kinsky, S., Johnson, A., & Garofalo, R. (2013). Demographic, Psychosocial, and Contextual Factors Associated With Sexual Risk Behaviors Among Young Sexual Minority Women. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 19(6), 345-355. DOI: 10.1177/1078390313511328

Hubach et cols. (2014). Gender Matters: Condom Use and Nonuse Among Behaviorally Bisexual Men. *Archives of Sexual Behavior*, 43(4), 707-717. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3912218/>

Iglesias Diz, J. L. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, 18(2), 88-93. Recuperado de

<https://scp.com.co/descargasmedicinaadolescentes/Desarrollo%20del%20adolescente,%0aaspectos%20f%C3%ADsicos,%20psicol%C3%B3gicos%20y%20sociales.pdf>

Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). Encuesta Nacional de Salud, Resultados Nacionales. México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2014). Mujeres y Hombres en México.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (s.f.). Banco de Información INEGI. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biinegi/>

Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). (2007). La situación actual de los jóvenes en México.

- Juarez, F., Singh, S., & Maddow-Zimet, I. (2013). Unintended Pregnancy and Induced Abortion in Mexico: Causes and Consequences. Recuperado de <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/Unintended-Pregnancy-Mexico.pdf>
- Keller, J. , Gellert, P. , Knoll, N. , Schneider, M. and Ernsting, A. (2016), Self-Efficacy and Planning as Predictors of Physical Activity in the Context of Workplace Health Promotion. *Appl Psychol Health Well-Being*, 8: 301-321. doi:10.1111/aphw.12073. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/aphw.12073>
- Kordoutis, P. S. (2012) Relationship Ambiance and Condom Use in Greek Young Adults' Dating Relationships. *Interpersona*, 6(1). Recuperado de <https://interpersona.psychopen.eu/article/view/93>
- Kozuki N et al. (2013). The associations of parity and maternal age with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. *BMC Public Health*, 13(3), Recuperado de <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-13-S3-S2>
- Leddy, A., Chakravarty, D., Dladla, S., Bruyn, G. & Darbes, L. (2016). Sexual communication self-efficacy, hegemonic masculine norms and condom use among heterosexual couples in South Africa. *AIDS Care*, 28(2):228-233.
- Lippke, S., Ziegelmann, J. P. & Schwarzer, R. (2004). Behavioral Intentions and Action Plans Promote Physical Exercise: A Longitudinal Study with Orthopedic

Rehabilitation Patients. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 26(3), 470-483.

Recuperado de <https://journals.humankinetics.com/doi/abs/10.1123/jsep.26.3.470>

López-Rosales, F. & Moral de la Rubia, J. (2001). Sexo, autoeficacia y actitud hacia conductas sexuales de riesgo en población adolescente. *Ensayos: Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, ISSN 0214-4824, 16, 207-220.

López-Rosales, F., & Morál-De La Rubia, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud pública de México*, 43(5).

Luszczynska, A. & Schwarzer, R. (2010). Planning and Self-Efficacy in the Adoption and Maintenance of Breast Self-Examination: A Longitudinal Study on Self-Regulatory Cognitions. *Psychology & Health*, 28(1), 93-108. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/0887044021000019358?scroll=top&needAccess=true>

Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40 (2), 80–89. Recuperado de http://userpage.fu-berlin.de/~health/materials/lu_2005_self.pdf

Luszczynska, A., Mohamed, N. E., & Schwarzer, R. (2005). Self-efficacy and social support predict benefit finding 12 months after cancer surgery: The mediating role of coping strategies. *Psychology, Health & Medicine*, 10, 365-375.

Mafla, Ana Cristina. (2008). Adolescencia: cambios bio-psicosociales y salud oral.

Colombia Médica, 39(1), 41-57. Recuperado de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16579534200800010000&lng=pt&tlng=

Marlatt, G. A. (2002). Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors.

New York: Guilford.

Marlatt, G. A., Baer, J. S. & Quigley, L. A. (1995). Self-efficacy and addictive behavior.

In A.

Bandura (Ed.), Self-efficacy in changing societies (pp. 289–315). New York: Cambridge

University Press.

Maté, M. d. C. O.; González, S. L; Trigueros, M. L. Á. (2010). Teoría de la acción

razonada (Ajzen y Fishbein 1973; Ajzen 1991; Fishbein y Ajzen 1975). OCW

Universidad de Cantabria Web site. Recuperado el 12 de Agosto de 2016 de

<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales->

[i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.2-](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.2-)

[teoria-de-la-accion-razonada-ajzen-y](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.2-teoria-de-la-accion-razonada-ajzen-y)

Matera, C. (2014). Encouraging safer sex: mediating and moderating effects on condom

use among Italian girls. *International Journal of Sexual Health*, 26(3), 217-228.

Menkes Bancet, C., & Suárez López, L. (2003). Sexualidad y embarazo adolescente en

México. *Papeles de Población*, 9 (35). Recuperado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11203511>

Merrick, T. W. (2015). Making the Case for Investing in Adolescent Reproductive Health:

A Review of Evidence and PopPov Research Contributions, Washington, DC:

Population and Poverty Research Initiative and Population Reference Bureau.

Recuperado de [https://www.prb.org/wp-content/uploads/2016/01/poppov-report-](https://www.prb.org/wp-content/uploads/2016/01/poppov-report-adolescent-srh.pdf)

[adolescent-srh.pdf](https://www.prb.org/wp-content/uploads/2016/01/poppov-report-adolescent-srh.pdf)

Millán, P., & Álvarez-Gayou, J. L. (2009). Validación de una escala para medir actitudes

ante la sexualidad en la población mexicana. *Archivos Hispanoamericanos de*

Sexología, 15(1), 13-21.

Morrison-Beedy, D., Carey, M.P., Crean, H.F., Jones, S.H. (2011). Risk behaviors among

adolescent girls in an HIV prevention trial. *West J Nurs Res*;33:690–711.

Recuperado de

http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0193945910379220?url_ver=Z39.88-

[2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed](http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0193945910379220?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed)&#articleCi

tationDownloadContainer

Muñoz-Laboy, M., & Dodge, B. (2007). Bisexual Latino Men and HIV and Sexually

Transmitted Infections Risk: An Exploratory Analysis. *American Journal of Public*

Health, 97(6), 1102–1106. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2005.078345> Recuperado

de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1874219/>

- Nelwan, E. J., Van Crevel, R., Alisjahbana, B., Indrati, A. K., Dwiyana, R. F., Nuralam, N., et al. (2010). Human immunodeficiency virus, hepatitis B and hepatitis C in an Indonesian prison: prevalence, risk factors and implications of HIV screening. *Tropical Medicine y International Health*,15(12), 1491-1498. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20955370>
- Nesoff, E. D., Dunkle, K. & Lang, D. (2015). The Impact of Condom Use Negotiation Self-Efficacy and Partnership Patterns on Consistent Condom Use Among College-Educated Women. *Health Education & Behavior*, 43(1), 61 – 67. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1090198115596168#articleCitationDownloadContainer>
- Ochsner, S., Scholz, U. & Hornung, R. 2013. Testing phase-specific self-efficacy beliefs in the context of dietary behaviour change. *Appl Psychol Health Well Being*, 5(1):99-117. doi: 10.1111/j.1758-0854.2012.01079. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/44a7/9a478ed41d48372725e7374939bd00eea837.pdf>
- OMS. (1999). Programación para la salud y desarrollo de los adolescentes. Serie de informes técnicos, número 886, Ginebra.
- ONU. (1995). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, pp.37. Recuperado de: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf

ONUSIDA (2013). Informe Mundial: ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial del sida 2013.

ONUSIDA (2014). Hoja Informativa 2014. Recuperado de

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20140716_FactSheet_es.pdf

ONUSIDA (2015). Estrategia ONUSIDA 2016-2021: Acción acelerada para acabar con el sida. Geneva. Recuperado de

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf

ONUSIDA (2016). Informe de brechas en prevención. Recuperado de

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevention-gap-report-summary_es.pdf

ONUSIDA (2017). Día Mundial del SIDA de 2017. Recuperado de

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf

Padilla Gámez, N. & Díaz Loving, R. (2011). Funcionamiento familiar, locus de control y patrones de conducta sexual riesgosa en jóvenes universitarios. Enseñanza e Investigación en Psicología. 16(2), 309-322.

Páez, D., Ubillos, S. & Pizarro, M. (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del sida. Revista de psicología general y aplicada. 47(2), 141-149.

- Pagel, M. D. & Davidson A. R. (1984). A comparison of three social-psychological models of attitude and behavioral plan: Prediction of contraception behavior. *Journal of personality and social psychology*, 47(517-533).
- Palacios Delgado, J. R.; (2015). Estimación psicométrica de la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo para adolescentes en México. *Psychosocial Intervention*, 24(1), 1-7. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1798/179837738001.pdf>
- Parent, M.C., & Moradi, B. (2015). Self-Objectification and Condom Use Self-Efficacy in Women University Students. *Archives of Sexual Behavior*, 44(4), 971-981. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10508-014-0384-1>
- Parschau, L., Barz, M., Richert, J., Knoll, N., Lippke, S., & Schwarzer, R. (2014). Physical Activity among Adults with Obesity: Testing the Health Action. *Process Approach. Rehabilitation Psychology*, 59(1), 42-49. doi: 10.1037/a0035290
- Reece, M., Herbenick, D., Schick, V. et al, Condom use rates in a national probability sample of males and females ages 14 to 94 in the United States. *J Sex Med*. 2010;7:266–276. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21029384>
- Rengifo Reina, H., Cordoba Espinal, A., & Serrano Rodriguez, M. (2012). Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Revista de Salud Pública*, 14(4), 558-569. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/2272>

- Renner, B., Knoll, N., & Schwarzer, R. (2000). Age and body weight make a difference in optimistic health beliefs and nutrition behaviors. *International Journal of Behavioral Medicine*, 7(2), 143-159.
- Reyes-Lagunes, I., García, L. F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: un ejemplo. *La psicología social en México*, 12, 625-636.
- Rodríguez Vignoli, J. (2009) Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción. Madrid, OIJ-ECLAC, 2009.
- Rodríguez Vignoli, J. (2012). La reproducción en la adolescencia en América Latina: viejas y nuevas vulnerabilidades. *Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 3(2), 66-81.
- Romer, D., Stanton, B., Galbraith, J., Feigelman, S., Black, M. M. & Li, X. (1999). Parental influence on adolescent sexual behavior in high-poverty settings. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 153(10), 1055-1062.
- Rojas Cortes, G. C. (2009). Factores de riesgo en la conducta sexual de los adolescentes (Tesis de pregrado). Universidad de Veracruz. México.
- Ruiz-Canela, M., López-del Burgo, C., Carlos S., Calatrava, M., Osorio, A., & de Irala, J. (2012) Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. *Rev Panam Salud Publica*, 31(1):54-61.

- Sadovzsky, V., Keller, M. L., & McKinney, K. (June de 2002). College Students' Perceptions and Practices of Sexual Activities in Sexual Encounters. *Journal of Nursing Scholarship*, 34, 133-138.
- Sánchez-Meneses, M., Dávila-Mendoza, R., & Ponce-Rosas, E. (2015). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Aten Fam.* 22(2), 35-38. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630044X?via%3Dihub>
- Sánchez, R., Robles, S. y Enríquez, D. (2015). Factores asociados al uso del preservativo en adolescentes mexicanos en conflicto con la ley, *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 15(1). Recuperado de <http://cued.unam.mx/rdipycs/?p=1733>
- Schmid, A., Noelle, R. L., Ritchie, A. S. & Gwadz, M. V. (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. Recuperado de [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(15\)00089-0/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(15)00089-0/fulltext)
- Schwarzer, R. (1999). Self-regulatory Processes in the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. *Journal of Health Psychology*, 4(2), 115127. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/135910539900400208?journalCode=hppqa#articleCitationDownloadContainer>

- Schwarzer , R. (2001). Social-cognitive factors in changing health-related behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 47-51. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/10.1111/1467-8721.00112>
- Schwarzer, R. (2008). Modeling Health Behavior Change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology*, 57(1), 1-29.
- Schwarzer, R. (2016). El Modelo Procesual de Acción en Salud como un marco de referencia teórico para entender el cambio de conducta. *Actualidades en Psicología*, 30(121), 119-130. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v30i121.23458>
- Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1996). Self-efficacy and health behaviors. En *Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models* (págs. 163-196). Buckingham, UK: M. Conner & P. Norman.
- Schwarzer, R., & Gutiérrez-Doña, B. (2009). Modelando el cambio en el comportamiento de salud: Cómo predecir y modificar la adopción y el mantenimiento de comportamientos de salud. *Revista Costarricense de Psicología*, 28(41-42), 11-39.
- Schwarzer, R., & Luszczynska, A. (2005). Self efficacy adolescents´risk-taking behaviors, and health. *Self efficacy Beliefs of Adolescents*, 139-159.
- Schwarzer, R., & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping efficacy. *Health Psychology*, 19(5), 487-495.
- Schwarzer et. al. (2003). On the Assessment and Analysis of Variables in the Health Action Process Approach: Conducting an Investigation. On the assessment and

analysis of variables in the health action process approach: Conducting an investigation. Berlin: Freie Universeitat Berlin. Recuperado de http://userpage.fu-berlin.de/gesund/hapa_web.pdf

Sheppard, B. H.; Hartwick, J.; Warshaw, P. R. (1988) The Theory of Reasoned Action: A Meta-Analysis of Past Research with Recommendations for Modifications and Future Research. *The Journal of Consumer Research*, 15(3), 325-343. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/2489467>

Singh, S & Darroch, J. E. (2012). Haciendo cuentas: Costos y beneficios de los servicios anticonceptivos – Estimaciones para el 2012. Nueva York. Guttchmatter Institute y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Recuperado de https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/aiu-2012-estimates-sp_0.pdf

Sniehotta, F. F., Nagy, G., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2006). The role of action control in implementing intentions during the first weeks of behaviour change. *British Journal of Social Psychology*, 45, 87-106.

Sniehotta, F. F., Schwarzer, R. , Scholz, U. and Schüz, B. (2005), Action planning and coping planning for long-term lifestyle change: theory and assessment. *European Journal of Social Psychology*, 35: 565-576. doi:10.1002/ejsp.258. Recuperado de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ejsp.258>

- Sutton, S. (2008). How does the Health Action Process Approach (HAPA) Bridge the Intention- Behavior Gap? An Examination of the Model's Causal Structure. *APPLIED PSYCHOLOGY: AN INTERNATIONAL REVIEW*, 57(1), 66-74.
- Teng, Y., & Mak, W. W. (2011). The role of planning and self-efficacy in condom use among men who have sex with men: An application of the Health Action Process Approach model. *Health Psychology*, 30(1), 119-28. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1037/a0022023>
- Teng, Y., & Winnie, W. S. (Jan de 2011). The role of planning self-efficacy in condom use among men who have sex with men: An application of the Health Action Process Approach model. *Health Psychology*, 30(1), 119-128.
- Tesser, A. & Shaffer, D. R. (1990). Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology*, 41, 479-523.
- Teva, I., Bermúdez, P., & Ramiro, M. (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. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80532608007>
- Tosoli Gómez, A. M., Pinto Silva, E. M., & de Oliveira, D. C. (mayo-junio de 2011). Representaciones sociales del SIDA para personas que viven con HIV y sus interfaces cotidianas. *Emfermagem, Latino Am.*, 19(3).

Tschann, J.M., Flores, E., de Groat, C.L. et al, Condom negotiation strategies and actual condom use among Latino youth. *J Adolesc Health*. 2010;47:254–262. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2923590/>

Ubillos, S., Páez, D. & Mayordomo, S. (2004). Actitudes. Definición y medición. Componentes de la actitud. Modelo de acción razonada y acción planificada. En I. Fernández, S. Ubillos, E. Zubieta & D. Páez, (Eds.) *Psicología social, cultura y educación*, 301-326. Recuperado de <http://www.ehu.es/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>

UNFPA, OMS & ONUSIDA (2015). Declaración sobre los preservativos y la prevención del VIH, otras infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado. Recuperado de http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2015/july/20150702_condoms_prevention#03

United Nations (2013), *Adolescent Fertility Since the International Conference on Population and Development (ICPD) in Cairo*, New York: UN Population Division, Department of Economic and Social Affairs. Recuperado de http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/Report_Adolescent-Fertility-since-ICPD.pdf

United Nations Programme on HIV/AIDS. (2015). *El sida en cifras*. Recuperado el 18 de febrero de 2016, de

http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf

Uribe, J. I., Aguilar, J., Zacarías, X., Aguilar, A. (2015). Modelos Explicativos del Uso del Condón en las Relaciones Sexuales de Adolescentes. *Acta de Investigación PSicológica*, 5(1), 1904 – 1915.

Uribe, J. I., Amador, G., Zacarías, X. & Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1), pp. 481-494. Recuperado en <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20140410104147/art.J.IsaacUribe.pdf>

Uribe, J. I., Andrade, P. P., Zacarías S. X., & Betancourt, O. D. (2013) Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes, análisis diferencial por sexo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(2), 75-92. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/802/80228344005.pdf>

Uribe, J.I., Bahamon, M., Reyes, L., Trejos, A., & Alarcon, Y. (2017). Percepción de Autoeficacia, Asertividad Sexual y Uso del Condón en Jóvenes Colombianos/Perceived Self-efficacy, Sexual Assertiveness and Condom Use Among Colombian Young/Percepção de autoeficácia, assertividade sexual e uso do preservativo em jovens... *Acta Colombiana De Psicología*, 20(1). Recuperado de http://editorial.ucatolica.edu.co/ojsucatolica/revistas_ucatolica/index.php/acta-colombiana-psicologia/article/view/1079

- Uribe, J.I., Gonzáles, S., & Santos, P. (2011) El rechazo del uso del condón en adolescentes colimenses, una perspectiva sociocultural. En Lerma, S., Karam, M. (2011) Neoliberalismo, desigualdad social y salud: tendencias y perspectivas generales y específicas en jóvenes I. ALAMES. México. pp. 91-112.
- Uribe, A. F., & Orcasita, L. T. (2009). Conductas sexuales de riesgo en universidad en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*(27).
- Valencia, C. P., & Canaval, G. E.. (2012). Factores que predisponen, facilitan y refuerzan el uso del preservativo en jóvenes universitarios de Cali, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14(5), 810-821. Retrieved April 02, 2018, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642012000500008&lng=en&tlng=
- Vera, L. M., López, N., Orozco, L. C., & Caicedo, P. (2001). Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. *Acta Médica Colombiana*, 26(1).
- Warner, L. & Schwarzer, R. (2017). Self-efficacy. In A. Wenzel (Ed.), *The sage encyclopedia of abnormal and clinical psychology*,1,3036-3038. Thousand Oaks,, CA: SAGE Publications, Inc. doi: 10.4135/9781483365817.n1210. Recuperado de <http://sk.sagepub.com/reference/the-sage-encyclopedia-of-abnormal-and-clinical-psychology//i33454.xml>

- World Health Organization. (2002). Adolescent Friendly Health Services - An Agenda for Change. Oxford, UK.
- World Health Organization. (2014). Adolescent pregnancy. Recuperado el 18 de febrero de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>
- World Health Organization. (2015). 10 datos sobre el VIH/SIDA. Recuperado el 18 de febrero de 2017, de <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>
- World Health Organization. (2016). Infecciones de Transmisión Sexual. Recuperado el 04 de julio de 2018, de <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>
- World Health Organization (2017). Sexually transmitted infections (STIs). Fact sheet. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>
- Zhang, J., Zhang, D., & Chock, TM. (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) pp. 799-809. Recuperado de <https://www.sbp-journal.com/index.php/sbp/article/view/3767>
- Zhou, G., Gan, Y., Ke, Q., Knoll, N., Lonsdale, C. & Schwarzer (2016). Avoiding exposure to air pollution by using filtering facemask respirators: An application of the health action process approach. *Health Psychol.* 35(2):141-7. doi: 10.1037/hea0000264. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26371720>
- Zhou, Wang, Knoll & Schwarzer (2016). Planning Mediates Between Self-Efficacy and Physical Activity Among Motivated Young Adults. *Journal of Physical Activity &*

Health,13(1), 87-93. Recuperado de

<https://journals.humankinetics.com/doi/10.1123/jpah.2014-0555>



León, Gto., a 25 de octubre de 2018

Oficio: CCC/DP/502/18

Asunto: Carta Modalidad de Titulación
Por Tesis

LAE. Verónica Meza Bedolla

Jefe de Área de Asuntos de Escolares

Campus León

PRESENTE

El Director de la División de Ciencias de la Salud, Campus León de la Universidad de Guanajuato, comunica a Usted que el (la) **C. Erika Magdalena Sánchez Rodríguez**, ha cumplido íntegramente con los requisitos Académico-Administrativos incluyendo el requerimiento del idioma extranjero, necesarios para que le sea autorizado la obtención del grado de la **Licenciatura en Psicología**, bajo la **Modalidad de Tesis**.

Sin otro particular, me suscribo a su disposición para realizar cualquier aclaración.

Atentamente

La Verdad Os Hará Libres

La Secretaria Académica de la División


Mtra. Cipriana Caudillo Cisneros



C.c.p. Alumno (a) de la Lic. en Psicología. **Erika Magdalena Sánchez Rodríguez**.

C.c.p. Expediente.

C.c.p. Archivo.

SECRETARÍA ACADÉMICA DE LA DIVISIÓN CIENCIAS DE LA SALUD CAMPUS LEÓN

Bldv. Puente Milenio No. 1001 Fracción Predio San Carlos C.P. 37670 Tel. (477) 267 49 00 Ext. 3648



León, Gto., a 24 de octubre de 2018
Oficio: CCC/ODP/1088/18
Asunto: Asignación de Director de tesis

Dr. Fredi Everardo Correa Romero
 Presente

En respuesta a la solicitud presentada por la **C. Erika Magdalena Sánchez Rodríguez**, le informo que en base a la Normatividad Vigente de la Universidad de Guanajuato se le asigna como Director del trabajo de tesis del trabajo titulado "**Intención del uso del condón en adolescentes**", de la alumna antes mencionada, para obtener el Título en la Licenciatura en Psicología.

Sin otro particular le reitero las seguridades de más alta consideración.

Atentamente
 La Verdad Os Hará Libres
 Secretaria Académica
 División de Ciencias de la Salud

Cipriana Caudillo Cisneros
 Mtra. Cipriana Caudillo Cisneros



C.c.p. **Erika Magdalena Sánchez Rodríguez** – alumno (a) de la Licenciatura en Psicología.
 Archivo

SECRETARÍA ACADÉMICA DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD CAMPUS LEÓN
 Blvd. Puente Milenio No. 1001 Fracción Predio San Carlos C.P. 37670 Tel: (477) 267 49 00 Ext. 3657



Universidad
de Guanajuato

Dr. Fredi Everardo Correa Romero

Presente

Por acuerdo con el Dr. Tonatiuh García Campos, Director de la División de Ciencias de la Salud del Campus León se le ha designado como **Vocal** del examen que para obtener el grado de la Licenciatura en Psicología que sustentará la **C. Erika Magdalena Sánchez Rodríguez**.

La modalidad de la titulación será por medio de la presentación de trabajo de tesis que con el título de **"Intención del uso del condón en adolescentes"**, ha completado y es satisfactorio de acuerdo al Director de trabajo.

Por lo anterior le solicito revise el trabajo de tesis del alumno que acompaña al presente y nos informe mediante su voto si procede la realización del examen de titulación.

Su participación en este proceso es de la mayor importancia para la Misión de la Universidad por lo que deseo expresarle mi agradecimiento por su valiosa colaboración en la evaluación del trabajo y la realización del examen de titulación.

Sin otro particular me es grato reiterarle la seguridad de mi más alta consideración.

"LA VERDAD OS HARA LIBRES"

24 de octubre de 2018

Secretario Académico

División Ciencias De La Salud

Cipriana Caudillo Cisneros
Mtra. Cipriana Caudillo Cisneros
UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
Campus León
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARÍA ACADÉMICA

Para los sinodales:

Mi voto en relación al trabajo de Titulación es: APROBADO

Firma: *[Firma]*

SECRETARÍA ACADÉMICA DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD CAMPUS LEÓN

Bld. Puente Milenio No. 1001 Fracción del Predio San Carlos, C.P. 37670 Tel. (477) 267 49 00 Ext. 3648



Universidad
de Guanajuato

Dra. Gabriela Navarro Contreras

Presente

Por acuerdo con el Dr. Tonatiuh García Campos, Director de la División de Ciencias de la Salud del Campus León se le ha designado como **Secretario** del examen que para obtener el grado de la Licenciatura en Psicología que sustentará la **C. Erika Magdalena Sánchez Rodríguez**.

La modalidad de la titulación será por medio de la presentación de trabajo de tesis que con el título de **"Intención del uso del condón en adolescentes"**, ha completado y es satisfactorio de acuerdo al Director de trabajo.

Por lo anterior le solicito revise el trabajo de tesis del alumno que acompaña al presente y nos informe mediante su voto si procede la realización del examen de titulación.

Su participación en este proceso es de la mayor importancia para la Misión de la Universidad por lo que deseo expresarle mi agradecimiento por su valiosa colaboración en la evaluación del trabajo y la realización del examen de titulación.

Sin otro particular me es grato reiterarle la seguridad de mi más alta consideración.

"LA VERDAD OS HARA LIBRES"

24 de octubre de 2018

Secretario Académico

División Ciencias De La Salud



UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
Campus León
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARÍA ACADÉMICA

Cipriana Caudillo Cisneros
Mtra. Cipriana Caudillo Cisneros

Para los sinodales:

Mi voto en relación al trabajo de Titulación es: Aprobado

Firma: *G. Navarro*

SECRETARÍA ACADÉMICA DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD CAMPUS LEÓN

Bld. Puente Milenio No. 1001 Fracción del Predio San Carlos, C.P. 37670 Tel. (477) 267 49 00 Ext. 3648



Universidad
de Guanajuato

Dr. Tonatihu García Campos

Presente

Por medio del presente se le informa que se le ha designado como **Presidente** del examen que para obtener el grado de la Licenciatura en Psicología que sustentará la C. **Erika Magdalena Sánchez Rodríguez**.

La modalidad de la titulación será por medio de la presentación de trabajo de tesis que con el título de **"Intención del uso del condón en adolescentes"**, ha completado y es satisfactorio de acuerdo al Director de trabajo.

Por lo anterior le solicito revise el trabajo de tesis del alumno que acompaña al presente y nos informe mediante su voto si procede la realización del examen de titulación.

Su participación en este proceso es de la mayor importancia para la Misión de la Universidad por lo que deseo expresarle mi agradecimiento por su valiosa colaboración en la evaluación del trabajo y la realización del examen de titulación.

Sin otro particular me es grato reiterarle la seguridad de mi más alta consideración.

"LA VERDAD OS HARA LIBRES"

24 de octubre de 2018

Secretario Académico

División Ciencias De La Salud

Cipriana Caudillo Cisneros
Mtra. Cipriana Caudillo Cisneros



Para los sinodales:

Mi voto en relación al trabajo de Titulación es: Aprobado.

Firma: [Firma]

SECRETARÍA ACADÉMICA DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD CAMPUS LEÓN

Blvd. Puente Milenio No. 1001 Fracción del Predio San Carlos, C.P. 37670 Tel. (477) 267 49 00 Ext. 3648