



UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN  
CAMPUS TUXTEPEC

Creencias y habilidades del uso del condón en estudiantes de preparatoria.

## **TESIS**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

**LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

PRESENTA:

DIEGO PÉREZ PÉREZ

TUTOR PRINCIPAL:

M. Psi. FRANK PULIDO CRIOLLO

TUXTEPEC, OAXACA, 2018



# UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN

## LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

OFICIO NÚMERO:	JCLE/431/2018
ASUNTO:	EL QUE SE INDICA.

Tuxtepec, Oaxaca, a 03 de diciembre de 2018.

**L.P. YESENIA BARRIENTOS ARENAL**  
**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES**  
**P R E S E N T E.**

Con base en el dictamen de la comisión de revisor, se autoriza la **impresión** del trabajo de tesis del pasante **Diego Pérez Pérez** titulado **“Creencias y Habilidades del Uso del Condón en Estudiantes de Preparatoria”**. Para ser presentado como trabajo de tesis para obtener el título de **Licenciatura en Enfermería**, toda vez que cumpla satisfactoriamente con la reglamentación establecida para tal fin.

Sin más por el momento le envió un cordial saludo.



**Atentamente**  
*terra uberrima, mens aperta*  
*BØuYo-tama, chijijü*  
**L.E. Argeña Mora Martínez**  
Jefa de carrera de la Licenciatura en Enfermería  
Universidad del Papaloapan



C.c.p. Archivo.



# UNIVERSIDAD DEL PAPALOAPAN

## LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

OFICIO NÚMERO:	JCLE/429/2018
ASUNTO:	EL QUE SE INDICA.

Tuxtepec, Oaxaca, a 03 de diciembre de 2018.

**M.C. HÉCTOR LÓPEZ ARJONA**  
**VICE-RECTOR ACADÉMICO**  
**CAMPUS TUXTEPEC**  
**P R E S E N T E:**

**AT'N: L.P. YESENIA BARRIENTOS ARENAL**  
**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES.**

Sirva la presente para informarle que la jefatura de carrera de la Licenciatura en Enfermería a mi cargo, ha tenido a bien designar como sinodales para evaluar el examen profesional del pasante **el C.- Diego Pérez Pérez** con número de matrícula **11120066**, para obtener el título de **Licenciado en Enfermería** con la tesis denominada: **"Creencias y Habilidades del Uso del Condón en Estudiantes de Preparatoria"**. Bajo la dirección de: M.PSI. Frank Pulido Criollo.

### TITULARES

<u>EECI. Dulce Rosario Ortiz Garcia</u>	Presidente
<u>MED. CIR. Jolbert Jair Matus Manuel</u>	Secretario
<u>M.PSI. Frank Pulido Criollo</u>	Vocal



### SUPLENTE:

<u>ME. Flor Garza Vargas</u>	Suplente
<u>MAH. Josefa Ortiz Avendaño</u>	Suplente

Sin más por el momento le envié un cordial saludo.

*Atentamente*  
*terra uberrima, mens aperta*  
*B'Qu' Ne'stama, ahijijú*

**L.E. Argelia Lara Martínez**  
**Jefa de carrera de la Licenciatura en Enfermería**  
**de la Universidad del Papaloapan**



C.e.p. Archivo

## **Dedicatoria**

**A mis padres** por todo el apoyo incondicional que me han brindado, a ellos que me han dado todo su cariño, amor y comprensión para culminar mi carrera, ¡gracias!

**Agradezco a mi tutor de tesis al Mtro. Fran Pulido Criollo** por orientarme, “aguantarme” y corregir mis errores en todo momento, gracias a su ayuda y paciencia pude culminar en tiempo y forma este trabajo. Le agradezco profundamente todas las atenciones que tuvo con mi persona, sin esto no habría podido lograr este objetivo. Usted es un excelente profesor investigador.

**A la Universidad del Papaloapan campus Tuxtepec** por darme la oportunidad de estudiar en sus instalaciones y a mis maestros por sus esfuerzos en formarme como un profesional, quienes también me fomentaron el amor a esta hermosa carrera llamada enfermería.

**A mis compañeros de tesis** quienes siempre me dieron ánimos para seguir adelante, además de una sincera amistad y de alentarme en todo momento durante la elaboración de esta tesis.

## Índice

Resumen .....	9
Introducción .....	10
Capítulo I Enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.....	13
Capítulo II Antecedentes .....	27
Capítulo III Planteamiento del problema .....	37
3.1 Justificación .....	39
Capítulo IV Marco teórico .....	45
Capítulo V Metodología .....	52
Capítulo VI Resultados .....	68
Capítulo VII Discusión.....	79
Capítulo VIII Conclusión .....	82
Bibliografía .....	85
Anexos .....	97

## Índice de Tabla

Tabla 1. Instituciones donde han ocurrido más muertes maternas .....	24
Tabla 2. Normas oficiales mexicanas relacionadas al uso del condón.....	27
Tabla 3. Escalas de creencias.....	31
Tabla 4. Estudios acerca de habilidad en el uso del condón.....	34
Tabla 5. Creencias racionales e irracionales hacia el uso del condón.....	47
Tabla 6. Peso factorial de los reactivos de la escala de creencias Ubillos (1995).....	55
Tabla 7. Peso factorial de costos y beneficios uso del condón .....	57
Tabla 8. Creencias acerca del uso del condón entre el grupo experimental y control.....	70
Tabla 9. Creencias acerca del uso del condón entre el grupo experimental y control.....	71
Tabla 10. Creencias de los beneficios entre el grupo experimental y control.....	72
Tabla 11. Correlación creencias del uso del condón costo y beneficio grupos tratamiento ....	73

## Índice de Figuras

Figura 1. Continentes con más porcentajes de VIH.....	14
Figura 2. Países de américa latina y caribe con caos VIH en adolescentes .....	15
Figura 3. Estados México con mayor personas con tratamiento antiretroviral .....	16
Figura 4. Casos deVIH/SIDA en México 2007 – 2017.....	17
Figura 5. Casos de VIH/SIDA en Oaxaca 2007 - 2017.....	19
Figura 6. Estados de la república mexicana con mayor y menor VIH.....	20
Figura 7. Regiones donde se han presentados más casos embarazos.....	21
Figura 8. Rango de edad donde han ocurrido mas muertes maternas .....	23
Figura 9. Modelo de creencias en salud de Becker.....	48
Figura 10.Modelo de IMB.....	50
Figura 11. Fases de diseño de investigación.....	53
Figura 12. Gráfico de sedimentación de factores creencias Ubillos.....	56
Figura 13. Gráfico de sedimentación costos y beneficios uso del condón.....	58
Figura 14. Fases del taller de educación sexual.....	62
Figura 15. Medias de los grupos experimentales y control creencias.....	69
Figura 16. Costos en el uso del condón.....	74

Figura 17. Beneficios en el uso del condón.....	75
Figura 18. Costos de uso del condón y habilidad del grupo tratamiento en 2 pos test.....	76
Figura 19. Habilidades de los adolescentes en el 2 pos test.....	77

## Resumen

*Introducción.* Las conductas saludables son aquellas que el individuo realiza para mejorar su estado de salud. Estudios demuestran que las creencias y habilidades impactan en el uso del condón en las relaciones sexuales de los adolescentes. *El objetivo.* Identificar si las creencias y habilidades acerca del uso del condón cambian por un taller de educación sexual en estudiantes de preparatoria. *Método.* Es un estudio cuasi experimental, la muestra fue de 49 adolescentes, repartida en un grupo control (n = 18) y un grupo experimental (n = 31). Los instrumentos utilizados fueron la Escala de creencias (Ubillos, 1995) y una lista de cotejo *Ex profeso* de habilidades, se tomaron medidas antes (pretest) y después (1postest) del taller y, un mes después (2postest) en ambos grupos. *Resultados.* No hay una diferencia estadísticamente significativa en las creencias al terminar el taller, ni con las habilidades; no obstante sí existe una asociación entre los factores de este constructo con las habilidades [“costos en el pre test (p= 0.007) y 2 pos test (p= 0.035) y “beneficios” pos test y habilidad pre test (p= 0.032)]. En las habilidades sí hay cambios significativos en el 1 pos test y 2 pos test (p=0.019). *Conclusión.* La educación sexual debe ser instruida al inicio y durante la vida sexual, el contenido de esta educación debe incluir variables psicológicas como las creencias y las habilidades del uso del condón, además debe estar orientada a cada grupo de edad y género.

---

*Palabras claves:* Adolescentes, Creencias, Habilidad, Uso del Condón, Educación Sexual.

## Introducción

A nivel mundial se ha incrementado el número de jóvenes infectados por enfermedades de transmisión sexual (ETS), se ha estimado que este aumento en promedio es de 1.4 millones de contagios por año (Uribe, Andrade, Zacarías y Betancourt, 2013). Consideremos la siguiente hipótesis: los adolescentes inician y practican su vida sexual sin usar el condón.

Así mismo la conducta de no usar el condón se ha asociado con la pobreza, el bajo nivel educativo de los adolescentes, las condiciones de vida, los hábitos en la experiencia sexual, las relaciones de género, la edad, el abuso del consumo de sustancias nocivas a la salud antes y durante las relaciones sexuales (Primaria, 2017). También se ha relacionado esta conducta con las zonas urbanas y rurales, la etnia, la religión, la edad de inicio de vida sexual y el nivel de conocimiento del condón (García, 2014; Rubens, McCoy & Shehadeh, 2014).

La sociedad determina e incentiva los estereotipos del comportamiento sexual del hombre y la mujer, estos comportamientos pueden ser dañinos a la salud sexual y reproductiva. Algunos ejemplos son: “solo él varón debe usar el condón”, “el hombre pueden tener varias parejas ocasionales” y “el condón no siempre se tiene a la mano” (Jiménez, 2010).

La presente tesis está conformada por ocho capítulos. En el primer capítulo se revisan las enfermedades de transmisión sexual más comunes y los embarazos no deseados en adolescentes a nivel internacional, regional, nacional y estatal en los últimos cinco años.

El segundo capítulo examina los estudios que se han hecho acerca de las creencias y habilidades desde la Psicología y la Enfermería. Hay que mencionar, además que las creencias

son un marco de referencia para los chicos de su vida sexual, así mismo estas obstaculizan la eficacia y uso del preservativo en cada una de sus relaciones sexuales, al igual que las habilidades.

En el tercer capítulo se plantea la pregunta de investigación, se describen los objetivos y se justifica la presente tesis. En el siguiente capítulo, el cuarto, se exploran los modelos de Becker y Nola Pender para analizar el constructo de creencias y el de Fisher & Harman en el caso de las habilidades. Aunque no son las únicas variables que pueden incentivar el uso del condón, el autor de este trabajo las considera crucial en la promoción de esta conducta saludable.

El quinto capítulo se describe el proceso para la recolección de los datos. La primera fase comprende el piloteo de los instrumentos, en esta se busca conocer las propiedades psicométricas de estos instrumentos (Ver anexo II y III); en la segunda se reseña las etapas del taller, duración y material didáctico, en forma breve, para tener más detalles de esta intervención, el lector puede consultar el anexo I.

Los últimos tres capítulos se analizan, se sintetizan y discuten los hallazgos de este trabajo. Para terminar el autor esta introducción, él hace una cordial invitación a los estudiantes y profesionistas de la enfermería en continuar con esta línea de investigación, el uso del condón y a utilizar herramientas de otras disciplinas, en especial las de las ciencias sociales para comprender mejor el comportamiento humano.

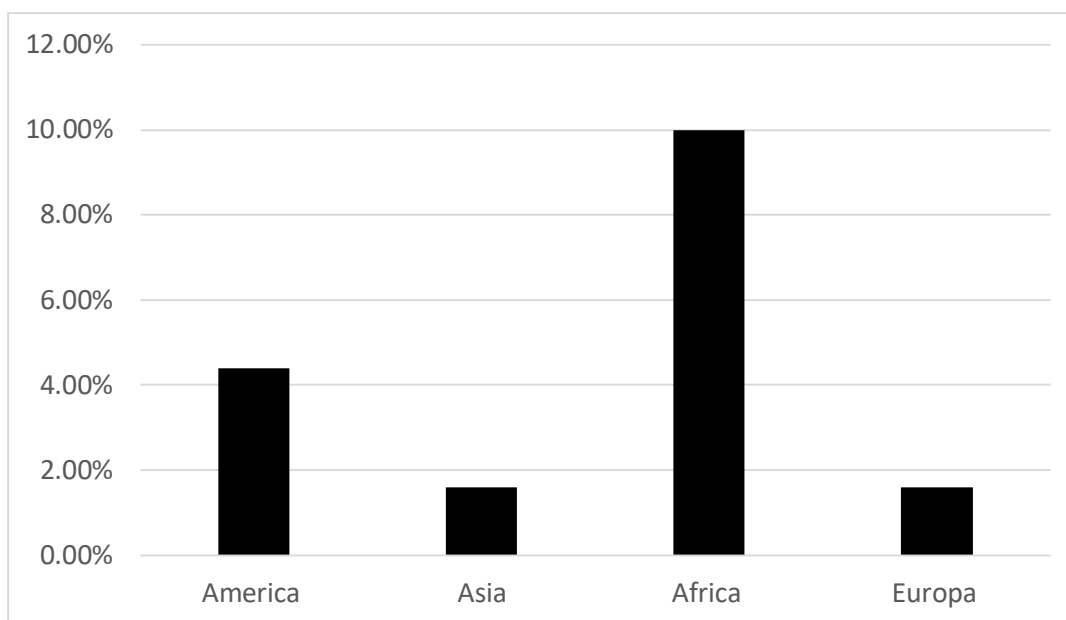
# Capítulo I

## Enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados en adolescentes.

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) se han transmitido de una persona a otra a través del contacto sexual, las causas de las ETS son por las bacterias, parásitos, hongos y virus. (MEDLINE, 2018). Además los embarazos a temprana edad ha indicado grandes riesgos: abortos, hemorragias obstétricas, preeclamsia, e incluso la muerte materna. Cabe señalar esto ha mostrado la inmadurez física, psicosocial de la adolescente para el reto que representa el embarazo (Mora y Hernández, 2015)

En las siguientes líneas se muestra un panorama epidemiólogo sobre las ETS y embarazos no planeados que se ha presentado a nivel internacional, nacional y estatal. Así la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) ha reportado que 357 millones de personas contraen alguna enfermedad de transmisión sexual (e.g. Virus de la inmunodeficiencia Humana, Hepatitis, Gonorrea y Virus del Papiloma Humano, etc.). En consecuencia, el individuo al estar infectado de algunas de estas enfermedades tiene una disminución de la calidad de vida, discriminación por padecer estas enfermedades e incluso la muerte (Teva, Bermúdez y Ramiro, 2014).

En el 2016 a nivel mundial había habido 36.7 millones de personas infectadas por el VIH (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA, 2016). En la figura 1 señala que en América y África presentan los mayores porcentajes de contagios de VIH a nivel mundial, en comparación a Europa y Asia que los porcentajes han sido menores.

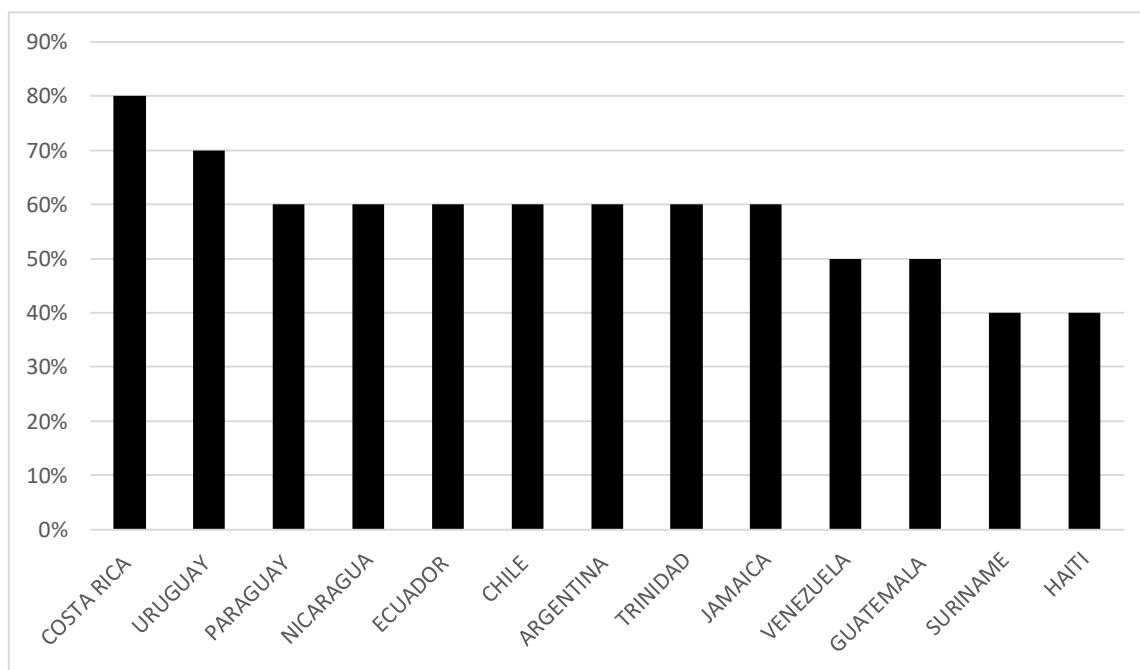


*Figura 1.* Continentes con más porcentaje de VIH. Adaptado del “Global AIDS Monitoring” por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2015.

La región donde se ha reportado un mayor porcentaje de casos de VIH/SIDA con 5.3 millones de contagios ha sido Sudáfrica, esto es debido a que el gobierno de este país no invierte en salud ni en campañas de educación y promoción de la salud sexual. Al contrario, en Estados Unidos se ha reportado menor número de casos de 950 mil casos, tal vez esto se deba a que es un país desarrollado, tiene una economía fuerte por ende hay una mayor inversión a la salud sexual para prevenir el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2016).

En el caso de América Latina, la figura 2 muestra a Costa Rica como el país que ha tenido el mayor número de nuevos casos de VIH y a Haití con el menor número de casos. Lamentablemente no aparecen datos sobre México en esta gráfica. Sin embargo en México hay

194,407 casos de VIH, la mayoría de las personas infectadas son hombres (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, 2016).



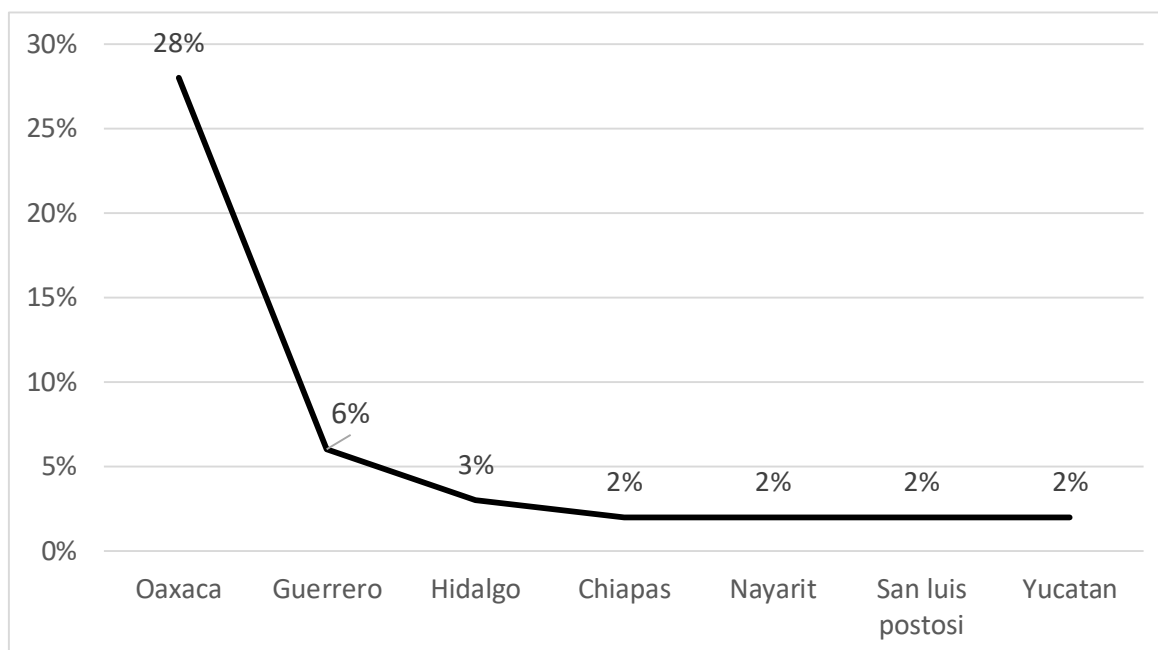
*Figura 2.* Países de América Latina y el Caribe donde ha mostrado nuevos casos de VIH en adolescentes de 15 a 24 años. Adaptado de “América latina y el Caribe” por el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, 2016. [Http: www.unicef.org](http://www.unicef.org).

En relación a la hepatitis se ha reportado a nivel mundial 5.5 millones de casos (OMS, 2017); estos casos son mayores al reportado nacional que ha representado apenas el 0.1 %. Así mismo la gonorrea ha presentado 78 millones de infectados a nivel mundial, estos sucesos es mayor a comparación al nativo con 18 % y estos afectan más a mujeres (OMS, 2016). Del Virus del Papiloma Humano (VPH) 290 millones de mujeres se han infectado entre los 15 y 49 años,

debido a que no hay información oportuna de las infecciones de transmisión sexual y el acceso a la vacuna contra el VPH (OMS, 2016).

En México, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE, 2017) ha mencionado que en el 2017 se han reportado 194,407 casos de personas infectadas con el VIH, este dato ha representado el 0.1 % de los casos a nivel internacional y un 30 % mayor a nivel estatal donde los hombres han reportado índices de contagios mayores que las mujeres.

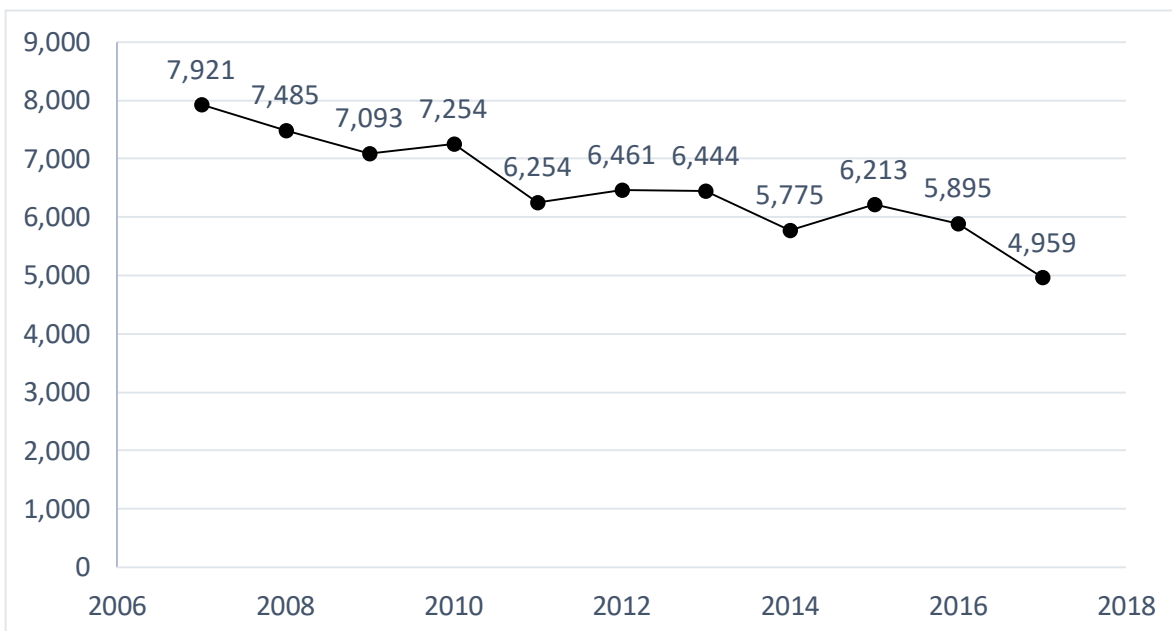
Tal como se refleja en la figura 3 a nivel nacional el Estado de Oaxaca ha ocupado el mayor porcentaje de personas en tratamiento antirretroviral (TAR) con el 28 %, seguido por el Estado de Guerrero con 6% y la entidad con menor número de personas ha sido Yucatán con el 2%. Estos porcentajes nacionales han sido menores a lo reportado internacionalmente; el porcentaje de los individuos en TAR han sido el 65%.



*Figura 3.* Estados mexicanos donde se concentran el mayor porcentaje de personas con tratamiento antirretroviral. Adaptado de “CENSIDA” por la Secretaria de Salud, 2017. [Http://twitter.com/censida/status/1015008617450307584](http://twitter.com/censida/status/1015008617450307584)

En la figura 4 se ha observado una disminución de los números de casos del VIH en México en los últimos diez años, estos datos demuestran una disminución de 2962 de casos del 2007 al 2017. Cabe señalar en los 2010 a 2017 se observan un repunte de casos de VIH, probablemente se deba a que las personas vuelven a tener conductas sexuales dañinas como por ejemplo: sexo sin protección, hombres con hombres, uso de drogas inyectadas, etc.

Esto se sustenta debido a los altos índices de contagios de VIH que han ocurrido en la población sobre todo en la adolescente. Lo que hace pensar la población todavía no se inculcado el uso del preservativo como el método de protección universal contra la ETS.



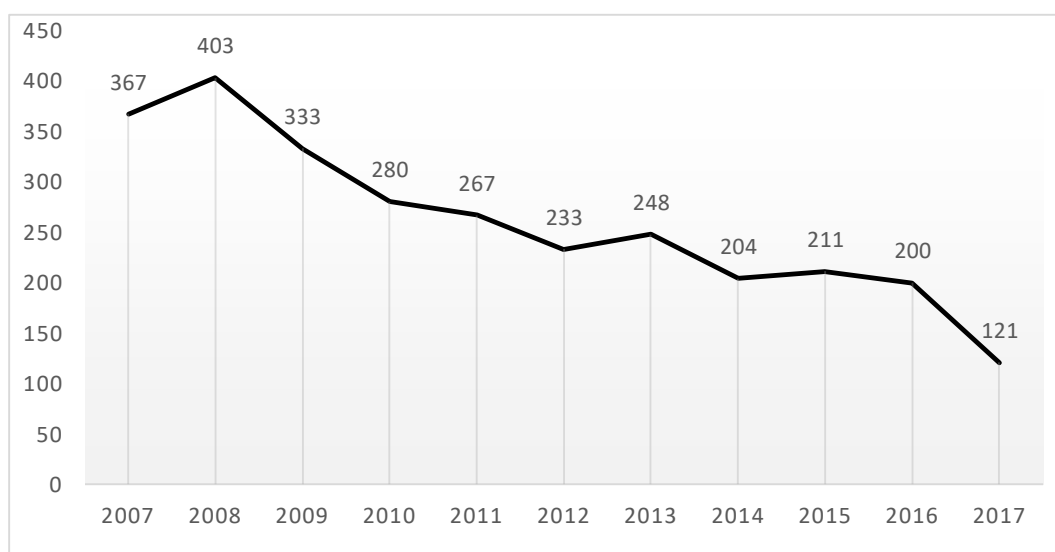
*Figura 4.* Casos de VIH/SIDA en México 2007 – 2017. Adaptado del “SUIVE” por la Dirección General de Epidemiología, 2017. <https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>

En cuanto al uso del condón en México, una persona ha tenido en promedio 123 relaciones sexuales al año, de estos encuentros solamente 4 veces los individuos han usado protección; también 5 de cada 10 jóvenes lo han empleado esporádicamente debido a que han preferido adquirir la píldora del día después y por el “alto costo”. Por último, el 30 % de los profilácticos comercializados anualmente se han comprado durante la celebración de San Valentín (CENSIDA, 2017).

La Secretaría de Salud (SSA, 2017) ha reportado que las infecciones por hepatitis no se han incrementado, de 1.7 a 1.8 casos por cada 100.000 habitantes, esta cifra representa el 0.1% de los casos a nivel internacional. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2017) ha mencionado que los casos de gonorrea han presentado un porcentaje del 18 %, esta situación ha sido más frecuentes en el grupo de edad de 18 a 30 años. Lamentablemente no hay actualizaciones recientes de casos de gonorrea ni hepatitis a nivel estatal, mucho menos a nivel municipal.

En la entidad oaxaqueña en el 2017 se ha reportado 6570 casos de infectados con el VIH, estos sucesos representan el 8 % a nivel nacional y el 0.6 % a nivel internacional. Conviene subrayar que los hombres han reportado una mayor prevalencia que las mujeres, tal vez porque los varones no tienden a usar el condón con sus parejas ocasionales (SIUVE, 2017).

Ahora si visualizamos los números de casos por año, se ha observado una disminución de este hecho en los últimos 10 años en Oaxaca. Esta disminución en los casos de VIH no coincide con lo reportado con otras instituciones como CENSIDA, lo que hacer pensar que estos datos difieren por cada institución. Para ilustrar mejor ver la figura 5.

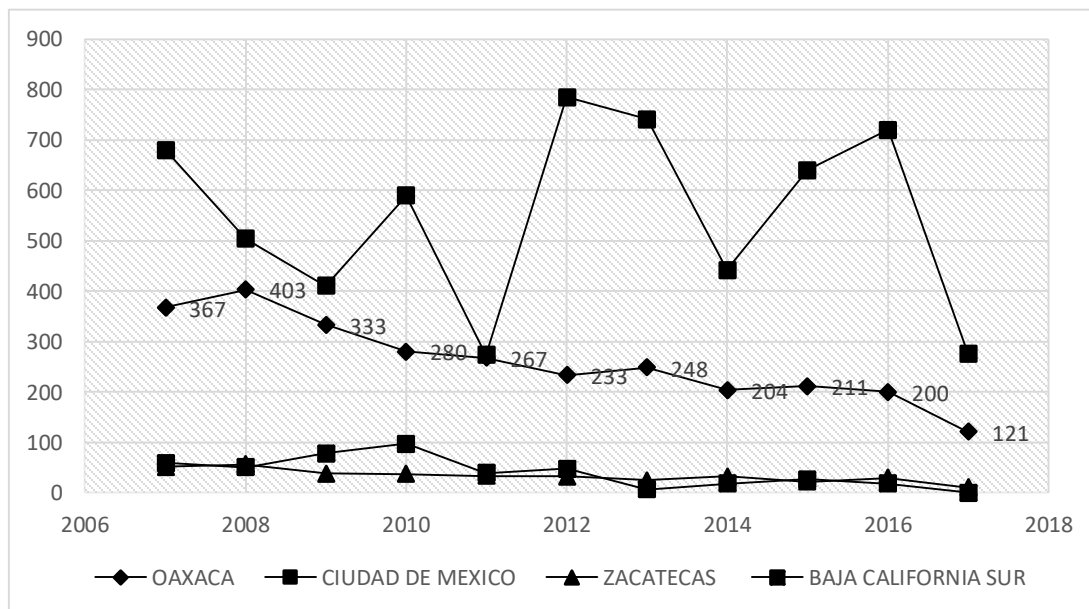


*Figura 5.* El VIH/SIDA en Oaxaca 2007 – 2017. “SUIVE”. Adaptado de la Dirección General de Epidemiología, 2017. <https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>

Las cifras de nuevos casos varían dependiendo de cada institución por ejemplo las cifras reportadas por la Dirección General de Epidemiología en el 2017 correspondiente al cuarto trimestre ha informado 121 casos (DGE, 2017), este dato no coincide con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, este organismo ha indicado 6571 casos de SIDA y 2689 de VIH (voz del sur, 2018). También CENSIDA ha mencionado que lo casos de VIH en adolescentes

se ha mantenido y los que han aumentado es en 20 a 29 años y 50 a 59 años (SSA, 2017). Lo que hace dudar en los datos denunciados por las instituciones de salud.

En la figura 6 se ha señalado los Estados mexicanos con mayor y menor número de casos de SIDA, así la Ciudad de México concentran el mayor número de casos y los menores sucesos han sido Zacatecas y Baja California Sur. Oaxaca también se observa una disminución de este hecho.



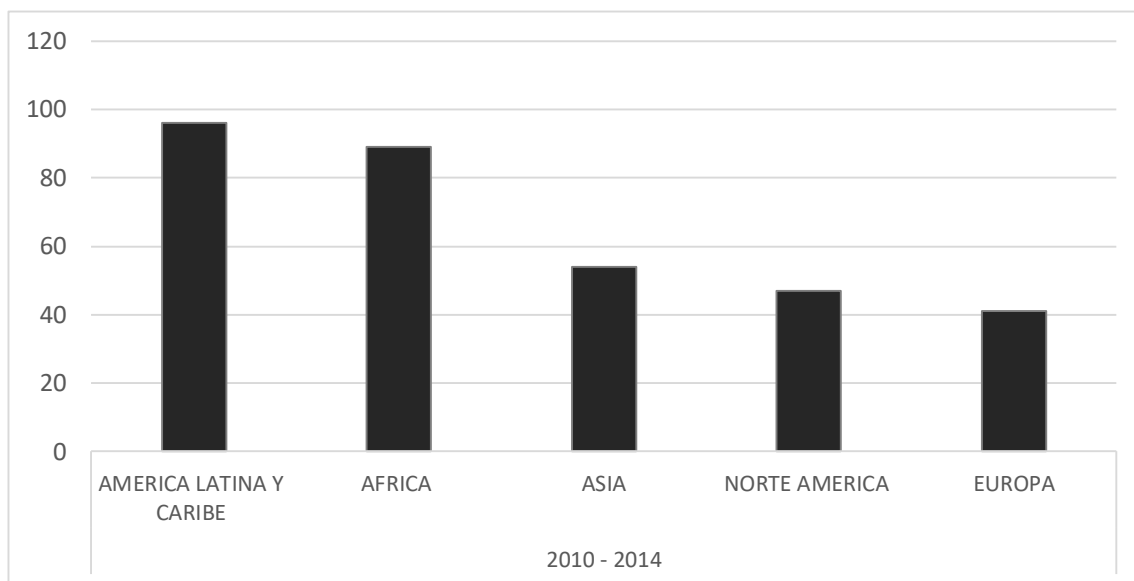
*Figura 6.* Estados de la República Mexicana con mayor y menor casos de SIDA 2007 – 2017. Adaptado del “SUIVE” por la Dirección General de Epidemiología, 2017. <https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>.

Con respecto a los embarazos no deseados, estas gestaciones se han convertido en un problema de salud pública debido a que hay mayor prevalencia en los adolescentes desde los

primeros años del siglo XXI, a nivel mundial ha habido 16 millones de adolescentes entre los 15 y 19 años de edad embarazadas esta ha representado un 99% mayor que los casos reportado a nivel nacional y estatal (Loredo, 2016).

La Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE, 2017) ha afirmado que uno de cada cinco embarazos ocurren en jóvenes menores de edad, a causa de que inician su vida sexual a temprana edad sin ningún tipo de método anticonceptivo.

De acuerdo con el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2015) los países donde ha habido los índices más altos de embarazos no deseados han sido: Guatemala, Honduras, República Dominicana y Bolivia en América Latina. En este informe también ha mostrado que las regiones con mayores cifras de casos de embarazos de jóvenes de 15 a 19 años han sido África, América Latina y el Caribe. Tal como lo refleja la figura 7.



*Figura 7.* Regiones donde se han presentado más casos de embarazos. Adaptado de “Changes in unintended pregnancy rates by world region” por la guttmacher Institute, 2014. <https://www.guttmacher.org/infographic/2018/changes-unintended-pregnancy-rates-world-regio>

Por su parte México, en el 2017 ha ocupado el primer lugar a nivel mundial en embarazos adolescentes con 400 mil embarazos cada año de menores de edad entre 15 a 19 años, esta cifra es mucho menor que lo registrado a nivel mundial y es mayor en 90 % a los registrado a nivel estatal, los Estados dónde se han presentado más incidentes han sido Oaxaca, Chiapas Guerrero (OCDE, 2017)

Considerando las condiciones socioeconómicas y las características psicológicas (los jóvenes empiezan asumir responsabilidades y buscan nuevas sensaciones e independencia social) de las adolescentes, esta etapa resulta ser la menos propicia para ser madre, poniendo en riesgo la salud de la mujer y el feto si se interrumpe la gestación (Loredo, Vargas, Casas, González y Gutiérrez, 2015).

En la figura 8 se han observado las muertes maternas en diferentes rangos de edad, los años donde han ocurrido más defunciones son 25 a 29 y 20 a 24. Las causas más frecuentes por las que han ocurrido estas defunciones en estos grupos de vida ha sido: las hemorragias obstétricas, las enfermedades hipertensivas, los edemas, las proteinurias y abortos clandestinos.

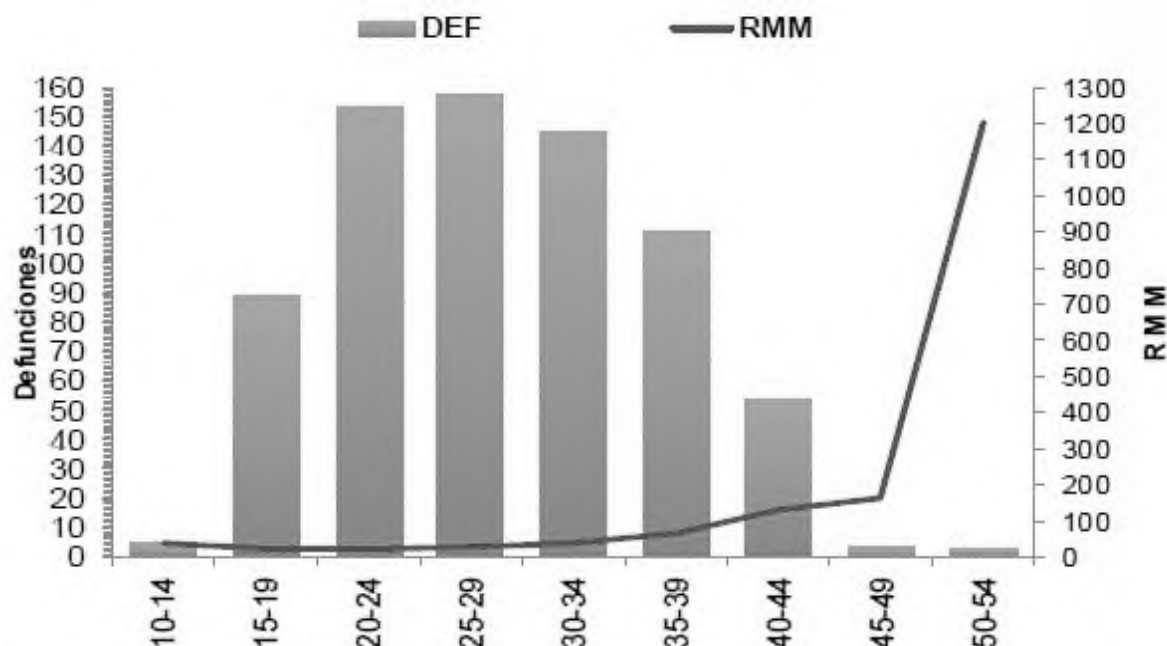


Figura 8. Rangos de edad donde han ocurrido más muertes maternas en el 2017. Nota: DEF= Defunción, RMM= Rango Muerte Materna. Adaptado de “Dirección General de Epidemiología” por la Secretaría de Salud, 2017. [http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/BOLETIN\\_52\\_2017\\_COMPL ETO.pdf](http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/BOLETIN_52_2017_COMPL ETO.pdf)

En la tabla 1 se observa en que institución dónde han ocurrido más fallecimientos de mujeres ha sido la Secretaria de Salud con más decesos, seguida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en menor cantidad los hospitales al servicio de Petróleos Mexicanos (PEMEX) y la Secretaría Defensa Nacional (SEDENA). Ahora bien, a nivel nacional el Estado de México ha sido la entidad dónde han ocurrido más muertes maternas (11%) y la menor ha sido Chihuahua (4.3%). Por su parte, Oaxaca se posiciona en el séptimo lugar de este tipo de muertes.

Tabla 1

*Instituciones de salud en México con más muertes maternas.*

<b>ENTIDAD FEDERATIVA</b>	<b>SSA</b>	<b>IMSS ORD</b>	<b>IMSS PROS</b>	<b>ISSSTE</b>	<b>OTRAS</b>	<b>PEMEX</b>	<b>SEDENA</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
Edo de México	43	5	0	1	31	0	1	81	11.2
Chiapas	38	2	3	2	23	0	0	68	9.4
Veracruz	22	2	0	0	19	1	0	44	6.1
Cd de México	23	8	0	0	9	0	1	41	5.7
Guanajuato	22	6	0	2	8	0	1	39	5.4
Jalisco	4	10	0	0	25	0	0	39	5.4
Guerrero	23	2	0	1	11	0	0	37	5.1
Oaxaca	11	6	2	1	16	0	0	36	5
Puebla	16	3	0	0	13	0	0	32	4.4
Chihuahua	10	3	0	1	17	0	0	31	4.3
Otros	110	55	5	7	97	0	0	274	38
<b>TOTAL</b>	<b>322</b>	<b>102</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>269</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>722</b>	<b>100</b>

*Nota:* SSA= Secretaría de Salud, IMSS ORD= IMSS Ordinario, IMSS PROS= IMSS prospera ISSSTE= Instituto de Seguridad y Servicios sociales de los Trabajadores del Estado, PEMEX= Petróleos Mexicanos, SEDENA= Secretaria de la Defensa Nacional. Adaptado de “Muertes Maternas” por la Secretaria de Salud, 2017. [http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/BOLETIN\\_52\\_2017\\_COMPLETO.pdf](http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/BOLETIN_52_2017_COMPLETO.pdf)

En el 2017 Oaxaca ha ocupado el noveno lugar de embarazos adolescentes de 15 a 19 años de edad con 4730 casos (SSA, 2018). A causa de que aún no se ha podido inculcar en los adolescentes la idea de usar el condón al momento de tener relaciones sexuales. Ante la problemática de no usar el profiláctico en los adolescentes, el papel de la enfermería debe ser: fomentar la educación sexual acorde a la edad de ellos, esta educación sexual deberá tomar en consideración las creencias acerca del preservativo e informar qué métodos anticonceptivos son acorde a su actividad sexual; por último incluir diferentes actores sociales como a la familia y los docentes para reforzar este aprendizaje.

# Capítulo II.

## Antecedentes

En este capítulo se revisan y analizan las Normas Oficiales Mexicanas existentes y el Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018 para la promoción del uso del condón, así mismo las investigaciones que se han desarrollado empleando las creencias y las habilidades.

En la tabla 2 se observa que las Normas Oficiales Mexicanas fomentan el uso del preservativo. A pesar de esto, estas normas no anexan los procesos cognitivos y sociales acordes a cada etapa de la vida de los individuos, ni el contexto en que se desarrollan, tampoco las relaciones de género de estos actores. Estos factores son predisponentes al uso del profiláctico.

Tabla 2

*Normas Oficiales Mexicanas relacionadas al uso del condón.*

Normas	Descripción	Observación
NOM-047-SSA2-2015.	Esta norma menciona los cuidados del adolescente tanto nutricional, mental, la sexualidad como la violencia y toxicomanías.	Los cuidados hacia los adolescentes también deben contemplar las dinámicas sociales, culturales y los diferentes grupos de edad, ya que no sólo los púberos pueden padecer estos problemas.
NOM-010-SSA2-1993.	Esta norma señala la importancia de instruir a cualquier grupo de edad el conocimientos acerca del VIH	No solo se trata de la falta de conocimiento acerca del VIH, sino también las variables psicológicas y sociales que impiden adoptar una conducta saludable.
NOM-039-SSA2-2002.	Esta norma señala los benéficos de la salud	El conocimiento es fundamental para buena salud pero asimismo que se lleven a la práctica sobre todo más enfoque la vida sexual

con responsabilidad y autocuidado.

NOM-017-SSA2-1994. Esta norma describe la epidemiología de las ETS No sólo es dar a conocer la problemática de las ETS si no llevar a cabo acciones de manera dinámica para que el individuo tenga una idea de cómo proteger ante estas enfermedades

---

*Nota:* NOM-047-SSA2-2015= Norma para la Atención a la Salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad; NOM-010-SSA2-1993= Norma para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana; NOM-039-SSA2-2002= Norma para la Prevención y control de las Infecciones de Transmisión Sexual; NOM-017-SSA2-1994= Norma para la Vigilancia Epidemiológica. Adaptado del Diario Oficial de la Federación por la secretaria de salud. [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/039ssa202.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/039ssa202.html). Diario Oficial de la Federación por la Secretaria de Salud. [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/017ssa24.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/017ssa24.html). Diario Oficial de la Federación por la Secretaria de Salud. [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m010ssa23.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m010ssa23.html). . Diario Oficial de la Federación por la Secretaria de Salud. <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/normateca/NOM-047-SSA2-2015.pdf>

Por su parte, el Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (2013-2018) tiene tres objetivos específicos: a). El acceso universal a la información, educación y orientación en salud sexual y, reproductiva de los adolescentes, b). Reducir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual y, c). Disminuir los determinantes [psicológicos, culturales y sociales] que impiden el ejercicio de la sexualidad y salud reproductiva (SSA, 2013); dicho lo anterior, existe una relación entre este programa y la

presente propuesta de investigación, ambas intervenciones buscan disminuir los embarazos no planificados y prevenir las enfermedades de transmisión sexual e incluir las variables psicológicas para la promoción del uso del condón.

Carmona, Beltrán, Calderón, Piazza y Chávez (2017) han identificado que no solamente las creencias son barreras para el uso del condón sino también el empleo de otros métodos anticonceptivos, tanto en los hombres como en las mujeres. No usar preservativos en el acto sexual es una conducta sexual de riesgo a contraer una ETS o tener embarazos no deseados.

Uribe, Amador, Zacarías y Villareal (2012) han encontrado que los hombres y las mujeres han tenido una creencia negativa hacía el condón, debido a que ambos sexos no consideran satisfactorio usar el preservativo durante el coito, sobre todo el hombre.

Uribe, Aguilar, Zacarías y Aguilar (2015) han hallado un alto rechazo hacia el preservativo porque la pasión conlleva al enamoramiento, esta acción ha provocado la desatención o descuido al momento de tener las relaciones sexuales, además el enamoramiento actúa como un mediador para usar o no preservativo entre las parejas sexuales. Además esto ha incentivado pensamientos acerca del comportamiento sexual, por ejemplo: los hombres en el momento de tener sexo clasifican a las mujeres como: las limpias y no limpias o las buenas y malas (Eguiluz, Torres y Allen, 2013).

Jacques, García, Díez, Martín & Caylà (2015) han descrito que los jóvenes buscan experimentar en las relaciones sexuales mediante el no uso de profilácticos, es decir los adolescentes les ha generado placer saber que están expuesto a una enfermedad de transmisión

sexual. En especial en la comunidad Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual y Queer (LGBTIQ)

Eguiluz, Torres y Allen (2013) han mencionado que las infecciones de transmisión sexual se producen por la adopción de comportamientos sexuales como no usar el condón o anteponer el placer antes que salud, es decir, han creído los púberos que es excitante tener relaciones con una persona infectada de VIH.

Estupiñán, Amaya y Rojas (2012) han encontrado mitos acerca de quién debe portar el condón: “los hombres son las únicas personas que deben llevar protección y no las mujeres. Esta creencia resulta ser falsa, el condón debe ser portado por ambas personas, no solamente para tener sexo vaginal, sino también anal y vaginal.

Por el contrario, Osorio, López, Canela, Carlos & De Irala (2015) han investigado que los varones si usan el condón en sus relaciones sexuales, cuando ellos han considerado que pueden contagiarse de una ETS y tener un embarazo no planeado.

Sánchez, Enrique y Robles (2016) han evaluado un Programa de Salud en México mediante un taller, esta intervención se ha llevado a cabo mediante 3 etapas (pre evaluación, intervención y post evaluación). Los resultados han demostrado tener un impacto positivo en el uso del profiláctico, siempre y cuando los jóvenes hayan comprendido la información.

En la tabla 3 se describen los estudios que han investigado las creencias acerca del uso del condón. En estas indagaciones se demuestra que el auto-reporte es la forma más confiable y con validez para analizar este constructo. Aparte ello, este instrumento se ha usado en población

mexicana. También en esta tabla se detalla las dimensiones del constructo de creencias, las cuales han sido los costos y los beneficios de la conducta saludable, además el número de ítems para medir esta variable en cada instrumento ha variado. Sin embargo esta escala en diferentes contextos, incluso en México, ha tenido confiabilidad y validez.,

Tabla 3

*Escalas de creencias*

Autor (año)	Número de ítems	Factores	Confiabilidad	Validez	Población
Carmona, Beltrán, Calderón, Piazza y Chávez (2017)	28	Costos Beneficios	-----	Criterio	Peruana (n=56)
Uribe, Amador, Zacarías y Villareal (2012)	31	Costo	0.79	Constructo	Mexicana (n=273)
Uribe, Aguilar, Zacarías y Aguilar (2015)	80	Costo Beneficio	0.86	Constructo	Mexicana (n=527)
Jacques, García, Díez, Martín & Caylà (2015)	7	Costo Beneficio	-----	Criterio	Española (n=13)
Eguiluz, Torres y Allen (2013)	40	Costo Beneficios	-----	Constructo	Mexicana (n=40)
Estupiñán, Amaya y Rojas, (2012)	-----	Beneficio	-----	Criterio	Colombia (n=67)
Osorio, López, Canela, Carlos, & de Irala (2015)	-----	Beneficio	-----	Constructo	Filipinas, El salvador y Perú (n=8994)
Lameiras, Rodríguez , Otero y Gonzales	29	Costo Beneficio	0.75 0.76	Criterio	España (n=315)

*Nota:* algunos estudios no muestran el nivel de confiabilidad ni tampoco el número de ítems en el instrumento. Adaptado de G. Carmona, J. Beltrán, M. Calderón, M. Piazza y S. Chávez, 2017 *Revista Perú Medica Exp Salud Publica*, 34, p 601-610; J.I. Uribe, G. Amador, X. Zacarías y L. Villarreal, 2012, *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10, p 481-494; J.I. Uribe, J. Aguilar, X. Zacarías y A. Aguilar, 2015, *Acta de Investigación Psicológica. Psicológica Research Records*, 5, p 1904-1915; C. Jacques, P. García, E. Díez, S. Martín y J Caylà, 2015, *Gac Sanit*, 29, p 252–25; I. Eguiluz, P. Torres, y B. Allen, 2013, *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 11, p 515-526; M.R. Estupiñán, L.C. Amaya, Y.A. Rojas, 2012, *Revista salud pública*, 14, p 491-501; A. Osorio, C. López, M. Ruiz, S. Carlos, & J. de Irala, 2015, *BMJ OPEN*, 5, p 1 – 10; M. Lameiras, Y. Rodríguez, M. Calado, y M González, 2003, *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)*, 3, p 27-34.

Se han hecho muy pocos talleres de promoción del uso condón que involucre las variables psicológicas (las creencias y habilidades) a nivel nacional o local, ya que en su mayoría las intervenciones sólo han trabajado con el conocimiento o información del VIH.

Con respecto a la habilidad esta se refiere a la capacidad que tiene el individuo para realizar algo (RAE, s.p. 2017). Sánchez et al., (2016) han analizado las habilidades del uso del de condón mediante la observación en fases simuladas para la correcta colocación del profiláctico. Los autores recomiendan que se debe tener un alto conocimiento de esta habilidad para realizarla correctamente, lo dicho hasta aquí supone que el desarrollo de habilidades depende de un conocimiento previo.

En una evaluación de las habilidades de uso del condón masculino en población brasileña, las mujeres reportaron menores destrezas que los hombres (Da Costa, Lacet, Souza, Gonçalves, Guimarães, Lopes, Bezerra & Dos Santos, 2015). Por esta razón, se deben incluir a las mujeres en la enseñanza de la colocación del preservativo masculino, si queremos promover el autocuidado y el empoderamiento del sexo femenino. Cabe señalar lamentablemente en México no hay talleres que involucren a mujeres en el uso de condón solo propuestas como García, 2002.

Rubens, McCoy & Shehadeh, (2014) han realizado un procedimiento para la medición de los pasos del empleo del preservativo masculino. Este procedimiento consistió en que cada participante se le ha pedido colocar el condón en una maqueta en forma del aparato reproductor masculino, la mayoría de ellos han fallado en el procedimiento. Cabe señalar que los participantes eran migrantes afroamericanos y latinos en EU con un nivel educativo bajo. Las conclusiones derivadas de estos resultados ha demostrado que a menor nivel de educación, escasa habilidad. Todo esto parece confirmar la importancia de esta variable en la educación para la salud, debido a que son escasos estos tipos de programas de educación sexual en migrantes.

García (2002) ha propuesto un taller de educación informal dirigido a las mujeres acerca del VIH, en este taller se ha incluido el condón masculino y femenino. Las conclusiones de este estudio han indicado que la mujer ha sido influida por el hombre, quien en ocasiones no le gusta usar el preservativo. Esto conlleva a que ninguno de los dos individuos lo use.

En la tabla 4 se demuestra que la mejor forma de promover el uso del condón ha sido el empleo de talleres, aplicando las habilidades como eje para la promoción y protección de la salud sexual. Lamentablemente en México existen pocas intervenciones donde se incluya a las mujeres en el uso del condón, este tipo de enseñanza debe ser incluyente, tal como lo propone el Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Este constructo está relacionado con las creencias, debido a que creencias afectan las habilidades y estas afectan también modifican a las creencias.

Tabla 4

*Estudios acerca de las habilidades del uso de condón.*

Autor (año)	Tipo de estudio	Resultados
Sánchez, Enríquez y Robles (2016)	Cuasi experimental	Los adolescentes han tenido poco conocimiento del uso del condón, por tanto no saben usarlo y han sido más vulnerables a las ETS
Da Costa, Lacet, Souza, Gonçalves, Guimarães, Lopes, Bezerra & dos Santos (2015)	Cuantitativo	Las mujeres tienen un conocimiento inadecuado en la habilidad el uso del condón, por lo que se debe incentivar la educación sexual en ambos sexos.
Rubens, McCoy & Shehadeh (2014)	Cuasi experimental	Las conductas sexuales de riesgo difieren en el uso del condón, tales resultados destacan la importancia de la enseñanza del uso del condón para prevenir ETS.
García (2002)	Cuasi-experimental	A consecuencia de que las mujeres son influidas por el hombre para la utilización del preservativo, no se usa en las relaciones sexuales el condón femenino ni masculino.

*Nota:* Adaptado de R. Sánchez, D.J. Enrique y S.S. Robles, 2016, *acta colombiana de psicología*, 19, p 269 -280; S. S. Da costa, A.A. Lacet, K.N. Souza, K.K. Gonçalves, M.J. Guimarães, M.M. Lopes, A.K. Bezerra & S.H. Dos santos, 2015 *Revista da Escola Enfermagem*, 49, p 364-372; M. Rubens, H.V. McCoy, & N. Shehadeh, 2014, *Journal of the association of nurses in aids care*, 25, p 233-242; J. García, 2002, *tesis de licenciatura*, p 1 – 124.

En conclusión, se han hecho muy pocos programas o talleres de habilidades en el uso del condón, ya que en su mayoría sólo han trabajado con la variable, conocimiento del VIH. Por todo esto, es fundamental desarrollar las intervenciones enfocadas en las habilidades y las creencias acerca del uso del condón. Es probable que así se puedan seguir evitando nuevos casos de VIH, enfermedades de transmisión sexual y embarazos en las nuevas generaciones.

# Capítulo III.

## Planteamiento del problema.

La sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida que incluye el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción; este aspecto es vivido y expresado con pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relación (OMS, 2011).

En los datos epidemiológicos se ha observado un repunte considerable de contagios de VIH en la población adolescente, a nivel mundial ellos (entre los 15 y 19 años de edad) han representado más de un tercio de los contagios (OMS, 2011). Las enfermedades de transmisión sexual han afectado a todos los grupos de edad por igual, en particular a los jóvenes, a causa de que ellos se perciben omnipotentes, son rebeldes o tienen un complejo de superioridad ante los problemas (UNICEF, 2011).

Se debe agregar que los jóvenes han iniciado su vida sexual sin el conocimiento en la prevención de las ETS en sus primeras relaciones sexuales, esto ha llevado a más de una práctica sexual sin preservativo y, ellos le han restado importancia a la responsabilidad y al autocuidado (De Jesús y Menkes, 2014 & The Society for Adolescent Health and Medicine SAHM, 2017).

El VIH ha sido un gran problema de salud pública que ha afectado a los jóvenes debido a que han existido muchas creencias acerca del uso del condón como por ejemplo: “Me queda chico”, “Me dará alergia”, “No sentiré placer si lo uso”, “Se rompe fácilmente” (Benavides, Castillo, López y Onofre, 2013).

En México se han elaborado programas para el combate al VIH como el Programa de Acción Específico Respuesta al VIH, SIDA e ITS 2013-2018 (SSA, 2013) y el Programa de

Acción Especifica Salud Sexual y Reproductiva Para Adolescentes 2013 – 2018 (SSA, 2013). Estos programas han propuesto a). “Difundir los derechos sexuales y reproductivos y, el respeto a la diversidad sexual de los adolescentes, b). Realizar y difundir campañas para prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA, c). Reducir las barreras institucionales y culturales que limitan el acceso efectivo de adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva y, d). Fortalecer la competencia técnica y humanista del personal que proporciona servicios específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes.” (SSA, 2013, p. 53,54)

Sin embargo, estos dos programas no han sido suficiente, ya que las tasas de ETS en jóvenes aún son altas. A menos que, estos planes de salud sexual incluyan las variables psicológicas y sociales que inciden en el uso del preservativo, en vez de únicamente enfocarse en el conocimiento y la epidemiología de las ETS (Bautista, 2013; García, 2015).

Ante esta situación del incremento de contagios de ETS y embarazos no planeados en adolescentes en el país y en el municipio de San Juan Bautista Valle Nacional Oaxaca se ha elaborado el presente taller de promoción del uso del condón desde del enfoque de la enfermería. Esta propuesta se centra en el cambio de creencias y en el desarrollo de las habilidades del preservativo en hombre y mujeres.

### **3.1. Justificación**

El valor de la promoción del uso del condón masculino ha ayudado la lucha contra el VIH/SIDA, las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados. A pesar de que los profilácticos son accesibles, económicos, no se necesita prescripción médica, son fáciles de usar y no han provocado efectos secundarios en el usuario, no se usan. Esta conducta ha provocado que se incrementen aún más las enfermedades de transmisión sexual o embarazos no planeados.; Así mismo han contribuido a hacer efectivo los derechos sexuales de hombres y mujeres para tener un control respecto de su sexualidad y decidir responsablemente (Cannoni, Gonzales, Conejero, Merino y schulin, 2015).

Se espera que con los resultados de esta investigación se benefician los adolescentes, las familias, el personal docente, quienes educan a estos jóvenes y el profesionista de la salud. En el caso de los púberos a ejercer con responsabilidad su salud sexual mediante la mejora de las habilidades y modificación de las creencias; tanto a los padres como al personal docente y de salud, en sensibilizar y difundir los derechos sexuales y reproductivos.

Como ya se ha dicho en páginas anteriores, este proyecto de investigación coincide con las metas del Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013-2018 (SSA, 2013). Estos dos últimos programas buscan que la educación sexual y reproductiva se lleve a cabo en los adolescentes mediante la reducción de las barreras que limiten los accesos a los servicios de salud, tanto institucionales como culturales. De la misma forma, esta propuesta de trabajo expone la importancia de incluir variables subjetivas o psicológicas, ya que estas también obstaculizan esta educación.

Carrillo y Díaz (2016) han clasificado a la adolescencia en 4 etapas, la primera fase “juventud temprana” que abarca de los 10 a los 14 años de edad, se caracteriza en que el joven aún dependen de los padres; el segundo lapso “adolescencia” que abarca de los 15 a los 17 años, el individuo no quiere que sus padres lo controlen y se vuelve más rebelde. El tercer lapso “juventud tardía” de los 18 a 20 años, el individuo en esta etapa construye una identidad y busca la estabilidad del autoestima y, la cuarta fase “post adolescencia” de los 22 a 25 años se caracteriza por el desarrollo de la personalidad, un “Yo” más fuerte. De manera que si uno busca incentivar cambios conductuales en los jóvenes, debe contemplarse los procesos cognitivos de ellos.

Con respecto a lo anterior, este trabajo se ha realizado en un grupo de adolescentes con una edad promedio de 16 años. Considerando que esta edad no solamente tienen un mayor riesgo de infectarse de una ETS o un embarazo no planeado, sino también por los procesos cognitivos de esta etapa de la vida como el desarrollo de la personalidad, el deseo de experimentar cosas nuevas y la aparición de conductas antisociales, los cuales a ellos los hacen ser más vulnerables.

Cabe mencionar que las implicaciones prácticas de este trabajo, es que se pueden utilizar los instrumentos en otras posibles investigaciones. En el caso de las habilidades, se observaron directamente mediante una lista de cotejo, para analizar las creencias se empleó el auto reporte.

Esta intromisión está sustentado en los modelos teóricos de la salud como el de Nola Pender (1982), Becker (1974) para las Creencias y Fisher & Harman (2003) para las habilidades; estos modelos permiten medir “objetivamente” las creencias y habilidades, aunque

no es la única forma de hacerlo, se optó por una investigación cuantitativa para identificar las fallas tanto del instructor como de los participantes con el fin de utilizar este taller en futuros proyectos en jóvenes.

Aparte de lo anterior la información que se ha obtenido de este proyecto de investigación contribuye al desarrollo de intervenciones en educación sexual. Esta propuesta ha contemplado a la cultura (las creencias) y la praxis educativa (las habilidades) como factores predictores del comportamiento saludable.

### **Objetivo**

Identificar si las creencias y habilidades acerca del uso del condón cambian por un taller de educación sexual en estudiantes de preparatoria.

### **Objetivos específicos**

Conocer las creencias de los participantes acerca del uso del condón antes y después del taller.

Medir si mejoran las habilidades de los estudiantes en la colocación del condón al término de un taller de educación sexual.

Indagar si existe una relación entre las habilidades en la colocación del condón y las creencias del uso del condón.

Correlacionar la edad de inicio sexual con las creencias y habilidades en la colocación del condón.

Investigar si existe una diferencia entre hombres y mujeres en las creencias y habilidades.

### **Pregunta de investigación**

¿Las creencias y habilidades acerca del uso del condón se pueden cambiar por un taller de educación sexual en estudiantes de preparatoria?

### **Hipótesis**

A mayor número de creencias a favor de los costos percibidos y beneficios del uso del condón, mayor es el nivel de habilidades.

Las creencias en contra de los costos percibidos y beneficios del uso del condón disminuyen al finalizar el taller de educación sexual.

Las habilidades en la colocación del condón se incrementan al finalizar el taller de educación sexual.

A menor edad de inicio sexual, mayor número de creencias a favor de los costos percibidos y beneficios del uso del condón.

A menor edad de inicio sexual, mayor número de habilidades en la colocación del condón.

Existe una diferencia entre hombres y mujeres en las creencias y, habilidades en la colocación del condón.

A mayor tiempo, mayores las creencias a favor de los costos percibidos y beneficios del uso del condón.

A mayor tiempo, mayor el número de habilidades en la colocación del condón.

# Capítulo IV. Marco Teórico

Las conductas saludables “son aquellas que han ayudado a los individuos a tener una mejor calidad de vida”, estos comportamientos “se han llevado a cabo diariamente para un estado de salud óptimo” (Vallejo y Martínez, p.227, 2017). Ejemplos de estas conductas son: comer frutas y verduras diariamente, hacer 30 minutos ejercicio, evitar consumir alcohol y tabaco, usar siempre el condón en las relaciones sexuales, asistir a chequeos médicos por lo menos una vez cada seis meses, entre otras.

Gobierno Vasco (2017) también ha definido a las conductas saludables como “las actitudes orientadas hacia la salud que adoptan las personas y que están influidas por el entorno social, político y económico en el que viven”, la conducta de usar el condón en las relaciones sexuales está influida por el entorno social y económico y, por variables psicológicas, por ejemplo: (solo el hombre debe usar condón, no puedo adquirirlo por el alto costo, no se siente lo mismo al usarlo, me queda chico, no me protege).

Una tercera definición de las conductas saludables es que “son aquellas que el individuo ha tenido que realizar para mejorar su salud como: cuidar su alimentación, no consumir sustancias nocivas (alcohol, drogas, tabaco), educación sexual responsable, actividad física”. (Osakidetza, 2017)

Por lo tanto, las conductas saludables han sido aquellas que ayudan al individuo a tener o mejorar su salud, disminuyendo la aparición de enfermedades que pongan en riesgo su estado de lozanía. En consecuencia, conocer las variables que promueven el comportamiento pro salud

ayuda a prevenir enfermedades y mejorar la sanidad poblacional. Baste como muestra las creencias y las habilidades.

Por un lado, las creencias están en el Modelo de Creencias en Salud de Becker (1974) y Modelo de Promoción a la Salud de Pender (1982), estos modelos han propuesto cómo establecer las conductas saludables del uso condón (Gracia, 2002; Bautista, 2013).

Oblitas (2010) ha definido a las creencias como “un modelo explicativo acerca de la salud, de las causas de las enfermedades, el significado que le otorga a la misma”. Por su parte Silva, Corona y Herrera (2017) han observado que es “la probabilidad subjetiva de la relación entre el objeto y algún otro objeto, valor, concepto o atributo”.

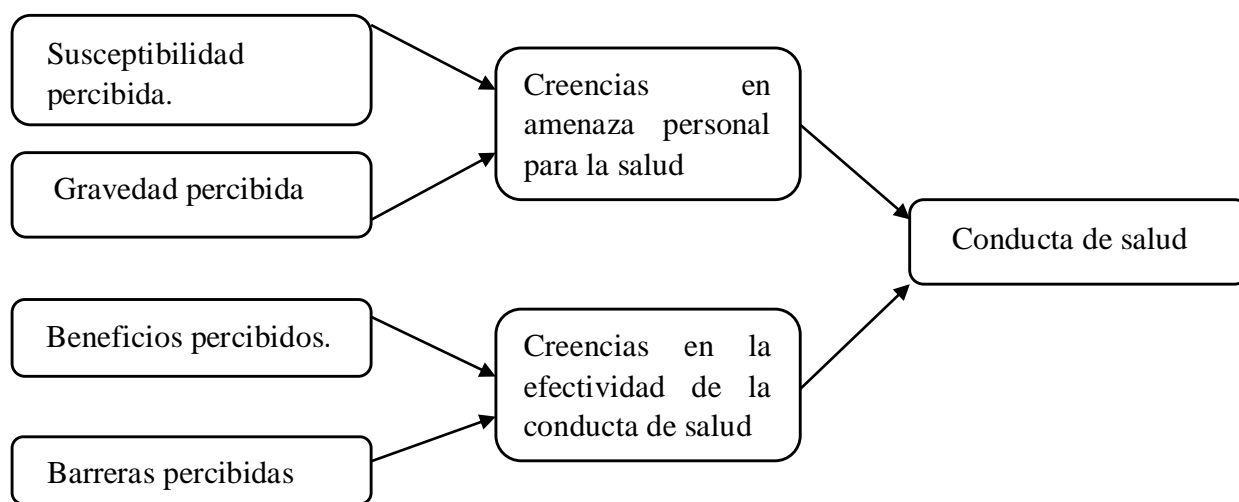
Las creencias se ha definido como un “estado mental dotado de un contenido representacional y, en su caso, semántico o proposicional”, por tanto estas percepciones puede ser “susceptible de ser verdaderas o falsas, además dada su conexión con otros estados mentales y otros de contenidos proposicionales, es causalmente relevante o eficaz respecto de los deseos, las acciones y otras creencias del sujeto” (Defez, s.p., 2005). Es decir las creencias son pensamientos que obstaculizan el uso del condón.

Los siguientes ejemplos encontrados en diversas investigaciones, bastan para ilustrar mejor lo dicho anteriormente:

*Creencias irracionales y racionales hacia el uso del condón.*

Creencia irracional	Creencia racional
“El condón sólo lo debe portar y usar el hombre”,	Lo deben usar hombres y mujeres
“No siento placer”	Sí se siente placer usándolo
“Se rompe fácil”	Depende la calidad del mismo
“No es barato o inaccesible”	Depende la marca y calidad
“No voy a experimentar placer”	No interfiere con sentir el placer. Hay muchos tipos de condones (talla, textura, color y sabor)
“El condón disminuye el placer anal, vaginal u oral	No disminuye el placer
“El condón no siempre se tiene a la mano”	Es gratuito en las unidades de salud
“Me da vergüenza decir que hay que usarlo”	Es importante hablar con tu pareja sobre los condones y métodos anticonceptivos
“Solamente previene el embarazo e infecciones de transmisión sexual”	La colocación del condón puede convertirse en un momento erótico y divertido en la sesión sexual
“Detiene el acto sexual	“No detiene el acto sexual”

Becker (1974) ha descrito que las creencias están compuestas por los costos y los beneficios. Los costos se refieren a las amenazas y barreras para establecer una conducta pro salud; el segundo componente son los beneficios, estos se conforman por la efectividad de estos comportamientos (ver figura 9).



*Figura 9.* Modelo de Creencias de Salud de Becker. Adaptado de “Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo,” por Cabrera, G. Tascón, J. y D. Lucumi, 2001, *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 19 (1), p 7-8.

Nola Pender (1975) ha indicado que su modelo de promoción a la salud ha servido para identificar conceptos relevantes sobre las conductas e integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la conducta sanitaria. Esta teórica ha mencionado la relevancia de promover la vida saludable antes de los cuidados porque de ese modo menos gente enferma, el Estado y el individuo gasta menos en medicamentos, y mejora su estado de salud (Bezerra et al., 2015).

Por otro lado, se ha escogido el constructo de habilidades debido a que el uso del condón de manera práctica es más factible para darles a conocer a los adolescentes la técnica correcta del uso del preservativo: por ejemplo como en algunos estudios Rubens, McCoy & Shehadeh (2014) y Sánchez et al (2016). También por lo que se refiere a las habilidades en el uso del condón en los adolescentes:

Paoli, S.P (1990) “considera que la habilidad es el acto por el cual el individuo establece con otros, un contacto que le permite transmitir una información de modo efectivo. Es necesaria esta capacidad ya que a través de ella se acumulan conocimientos, se conservan y se transmiten en forma efectiva”.

La Real Academia Española, s.p. (2017) define a la habilidad que viene “del latín “habilitas”, hace referencia a la maña, la facilidad, aptitud y rapidez para llevar a cabo cualquier tarea o actividad”

Este constructo también lo describen Chang, Choi, Kim & Song (2014) en el Modelo Información, Motivación y Habilidades (IMB), en este modelo la habilidad tiene un valor primordial para el desarrollo de la conducta saludable.

Como se indica en la figura 10, la información y la motivación tienen un efecto en la habilidad, esta última tiene una consecuencia en la conducta saludable. El primer constructo no sólo se refiere a la información relacionada con el comportamiento sino también mitos/prácticas que permiten automática o cognitivamente tomar de decisiones relacionados al hábito sin esfuerzo. Por su parte la motivación se compone de dos factores: la motivación personal, que

incluye creencias sobre los resultados y actitudes hacia un comportamiento saludable y, la motivación social, que incluye el apoyo social percibido o la norma social para participar en una acción particular.

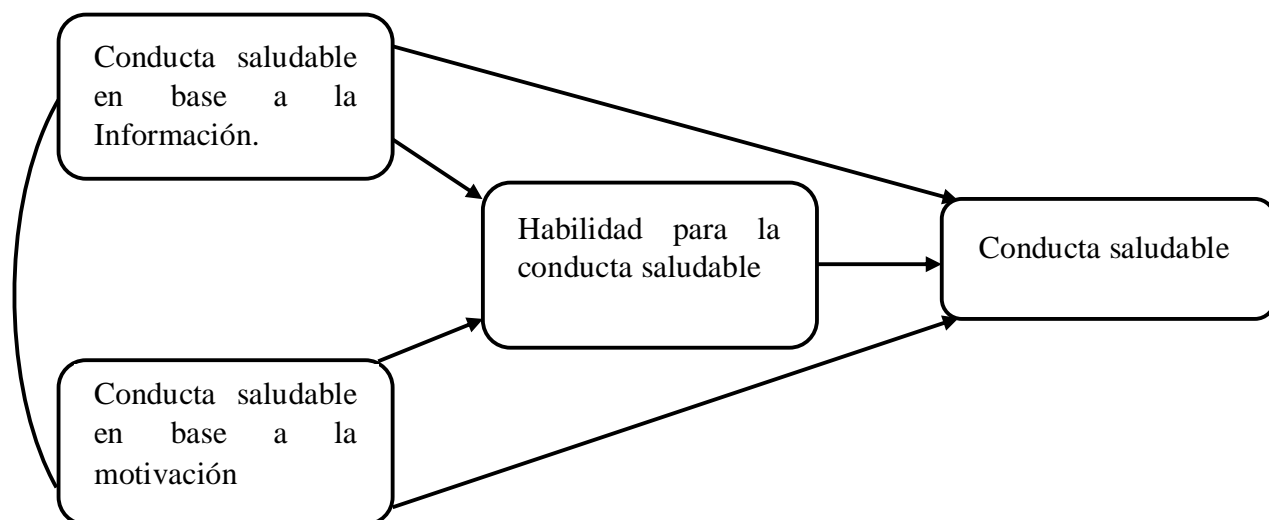


Figura 10. Modelo Información, Motivación y Habilidades. Adaptado de "Intervention Strategies Based on Information-Motivation-Behavioral Skills Model for Health Behavior Change: A Systematic Review Chang," por S. J. Choi, S. Kim, S. A. & M. Song, M, 2014, *Asian Nursing Research*, 8, p. 173.

Pender (1982) no ha descrito el concepto de habilidades dentro de su modelo, sin embargo esta autora ha usado definiciones que se aproximan a este constructo como es la autoeficacia. Esta variable se refiere a la confianza que tiene el individuo en la capacidad para alcanzar el bienestar y desarrollar las conductas saludables” (Aristizábal et al. 2011), lo cual se asemeja al concepto de habilidades.

Cabe señalar que cada uno de estos autores ha concluido que las creencias afectan las habilidades del uso del condón en los adolescentes y las habilidades afectan las creencias, es decir que a mayor habilidad menor es la convicción de usar el condón y, a mayor suposición disminuyen las habilidades. Finalmente resulta importante generar conductas saludables en el ejercicio de la sexualidad como el uso del condón, también es relevante conocer los factores asociados a los comportamientos de riesgo para contraer alguna ETS. Así mismo conocer los cuestionamientos de los jóvenes sobre su comportamiento sexual, pues estas interrogantes inciden en su bienestar.

# Capitulo V.

# Metodología

## Diseño de Investigación

Este estudio tiene un diseño cuasi experimental. La investigación se realizó en dos etapas, en la fase “A” consistió en validar y conocer los factores de la Escala de creencias y el desarrollo de una lista de cotejo para evaluar las habilidades del uso del condón. La fase “B” radicó en la implementación de un taller de educación sexual en los adolescentes. (Figura 11).

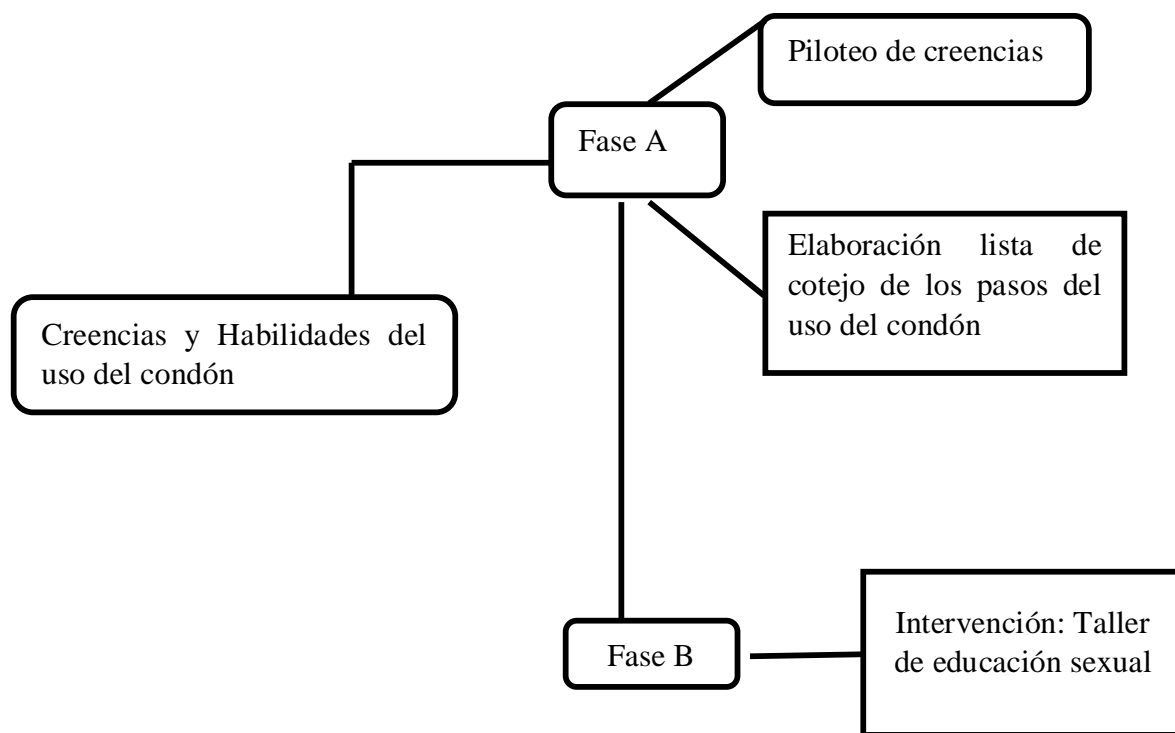


Figura 11. Fases del diseño de investigación.

## *Fase A. Validación de los instrumentos.*

### **Escala de creencias (1995)**

#### Participantes

Se aplicó la Escala a 60 adolescentes (30 hombres y 30 mujeres).

#### Procedimiento

El sustentante contactó a las autoridades correspondientes de la Escuela Preparatoria Vespertina, ubicada en Valle Nacional Oaxaca para realizar el piloteo de este instrumento. Además, a cada adolescente se le informó que los datos recabados serían manejados en forma anónima y con confidencialidad. Estos datos obtenidos fueron analizados en el programa estadístico SPSS v24.

#### Resultados

Para estimar la fiabilidad del instrumento, se utilizó el coeficiente del Alfa de Cronbach, este modelo de consistencia interna se realizó dos veces, en la primera ocasión para explorar el número de factores de la escala y en la segunda para corroborar el supuesto teórico. En el análisis factorial exploratorio se identificó el número de reactivos y composición de cada factor. Finalmente se realizó un análisis exploratorio confirmatorio para corroborar la estructura de cada factor propuesta por el autor y la que se había obtenido en el análisis exploratorio. Los resultados obtenidos mostraron una consistencia interna favorable de los reactivos ( $\alpha = 0.741$ ).

## Análisis factorial exploratorio

Al realizar esta técnica se obtiene tres dimensiones de cada factor. Estos se muestran en la tabla 5 y la figura 12.

Tabla 6

*Peso factorial de los reactivos de la Escala de creencias de Ubillos, (1995).*

Ítems	Costo	Beneficio	Factor 3
R1	-.138	<b>.492</b>	-.438
R2	-.216	.260	<b>.320</b>
R3	<b>.166</b>	.146	-.002
R4	.165	<b>.537</b>	-.029
R5	<b>-.513</b>	.383	-.329
R6	<b>.543</b>	.094	-.053
R7	<b>.508</b>	.296	.303
R8	-.265	<b>.531</b>	.204
R9	<b>.417</b>	.395	.094
R10	<b>-.482</b>	.398	.410
R11	<b>-.639</b>	.540	.093
R12	<b>.485</b>	.347	.284
R13	<b>.594</b>	.410	.202
R14	<b>-.245</b>	.240	.341
R15	<b>-.446</b>	.255	-.178
R16	.272	<b>.429</b>	.137
R17	<b>.669</b>	.228	.125
R18	<b>-.625</b>	.233	.275
R19	<b>.813</b>	.166	.302
R20	-.581	<b>.587</b>	.017
R21	.147	.489	<b>-.533</b>
R22	.394	.424	<b>-.450</b>
R23	<b>-.585</b>	.332	.139
R24	.049	.101	<b>.464</b>
R25	.323	<b>.349</b>	-.189
R26	<b>.451</b>	.307	-.345

R27	<b>.797</b>	-.041	.197
R28	<b>-.471</b>	-.003	.102
R29	.178	<b>.520</b>	-.101

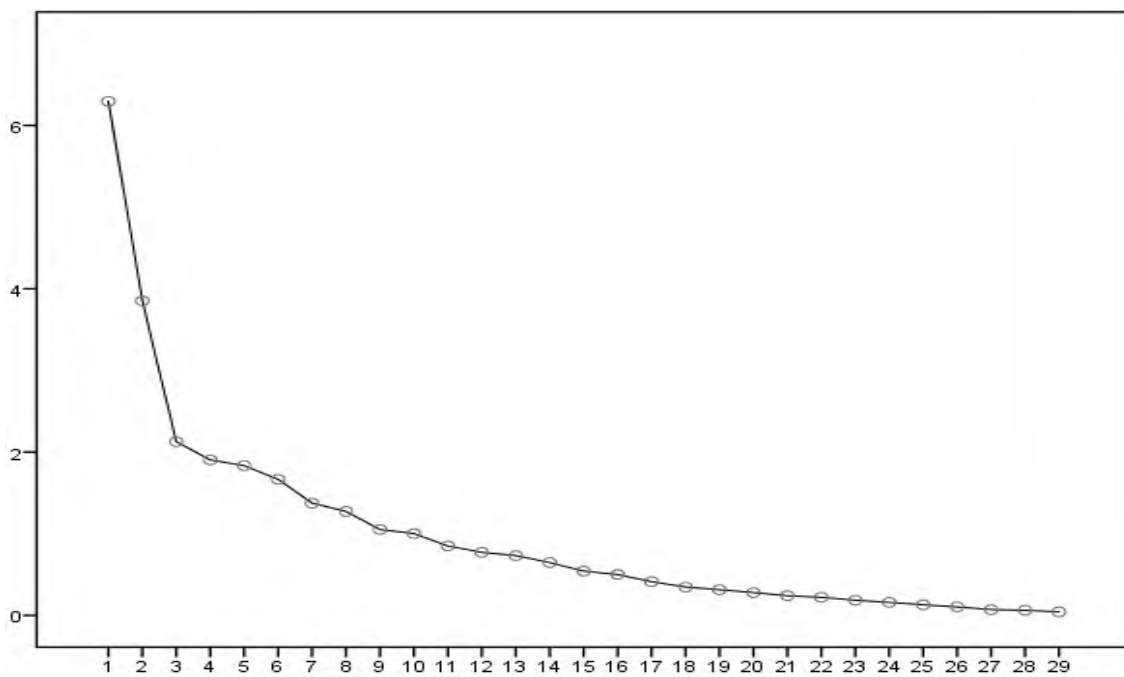


Figura 12. Gráfico de sedimentación de factores de creencias Ubillos, (1995).

## Análisis factorial confirmatorio

En este análisis se ajusta cada ítem a los factores-dimensiones propuesta por el autor, además esta técnica también sirve para corroborar la validez del constructo. A pesar de que los resultados mostraron tres dimensiones, se optó por dos sub escalas, tal como lo ha planteado el autor. Estas sub escalas son: “costo” y “beneficio”. (Tabla 6 y Figura 13).

Tabla 7

### *Peso factorial de costos y beneficio*

Ítems	Costo	Beneficio
R1	-.138	<b>.492</b>
R3	<b>.166</b>	.146
R4	.165	<b>.537</b>
R5	<b>-.513</b>	.383
R6	<b>.543</b>	.094
R7	<b>.508</b>	.296
R8	-.265	<b>.531</b>
R9	<b>.417</b>	.395
R10	<b>-.482</b>	.398
R11	<b>-.639</b>	.540
R12	<b>.485</b>	.347
R13	<b>.594</b>	.410
R14	<b>-.245</b>	.240
R15	<b>-.446</b>	.255
R16	.272	<b>.429</b>
R17	<b>.669</b>	.228
R18	<b>-.625</b>	.233
R19	<b>.813</b>	.166
R20	-.581	<b>.587</b>
R23	<b>-.585</b>	.332
R25	.323	<b>.349</b>

R26	<b>.451</b>	.307
R27	<b>.797</b>	-.041
R28	<b>-.471</b>	-.003
R29	.178	<b>.520</b>

Esto es el peso factorial de las dimensiones las cuales los ítems coinciden con el autor.

Así mismo se ha sacado el alfa de Cronbach de costos que ha sido de 0.785 favorable y de beneficios 0.736 favorable.

También se agregan los gráficos de sedimentación costos y beneficios

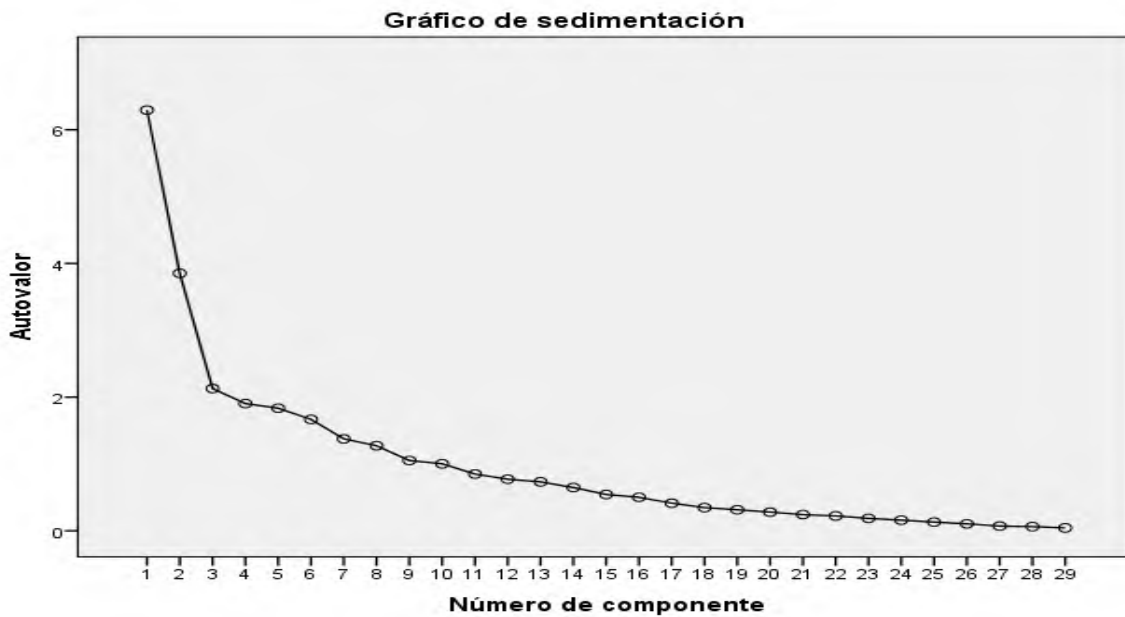


Figura 13. Gráfico de sedimentación de costos y beneficios en el uso del condón

## **Lista de cotejo de las habilidades**

La validación de la lista de cotejo del uso del condón, se ha realizado mediante la validez de expertos. Los pasos de la colocación del condón fueron tomados del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2000).

### **Procedimiento**

Para la elaboración de esta lista se solicitó a dos expertos del área de la salud verificar los pasos de la colocación del condón, las observaciones de cada uno de ellos fueron analizadas en forma individual. Dichos pasos están basados en la Guía propuesta por la OMS, 2000.

### **Resultados.**

En un principio se contaban con seis indicaciones, al finalizar las revisiones de los expertos, estas observaciones se incrementaron a ocho pasos para la colocación correcta del uso del condón. Las respuestas de cada uno de ellos son “correcto” e “incorrecto”. Si los alumnos acertaban en el paso se le daba 2 puntos y si se equivocaban 1 punto.

## *Fase B. Intervención: Taller del uso del condón*

### Participantes

Los participantes del estudio fueron 49 adolescentes, distribuidos en dos grupos, el primer grupo está conformado por 18 mujeres y 13 hombres (tratamiento), el segundo conjunto por 7 mujeres y 11 hombres (control).

### **Objetivo del taller**

Generar en las participantes habilidades y responsabilidades sobre el uso del condón.

### **Objetivos específicos**

Identificar ideas y creencias respecto al uso del condón.

Conocer lo que los adolescentes creen acerca del uso del condón.

Conocer y mejorar las habilidades de los adolescentes en colocarse el condón.

### **Definición de las variables**

#### *Creencias*

**Definición teórica:** “Es la probabilidad subjetiva de la relación entre el objeto de la creencia y algún otro objeto, valor, concepto o atributo. Esta definición implica que la formación de la creencia involucra el establecimiento de un vínculo entre dos aspectos cualesquiera del mundo del individuo” (Silva, Corona y Herrera, 2017).

**Definición operacional:** Las creencias se midieron mediante la escala de Ubillos, (1995), una escala Likert que correspondía de totalmente en desacuerdo 1 a totalmente de acuerdo con un valor de 5 puntos.

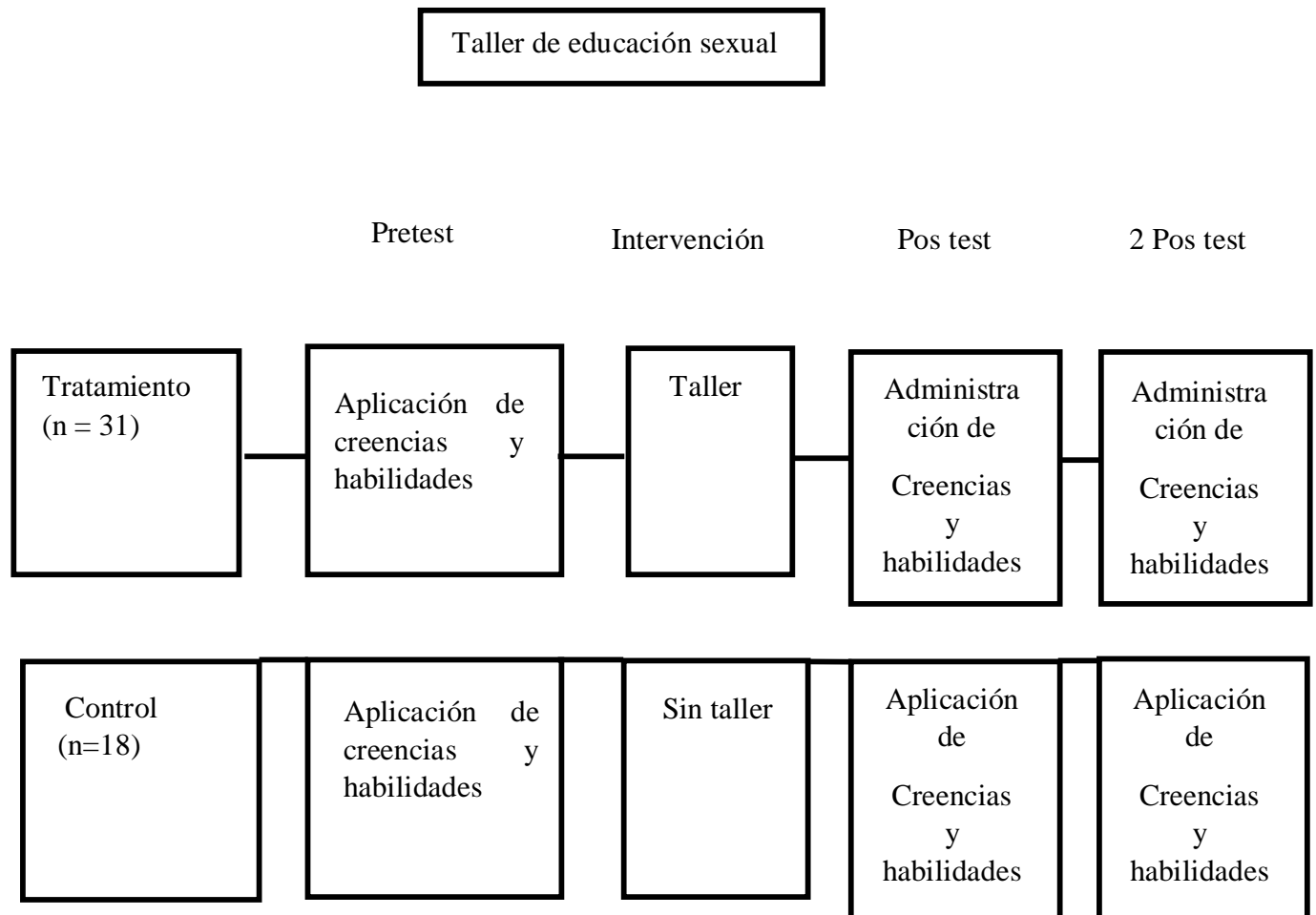
### *Habilidad*

**Definición teórica:** “del latín “habilitas”, hace referencia a la maña, la facilidad, aptitud y rapidez para llevar a cabo cualquier tarea o actividad” (RAE, 2014).

**Definición operacional:** Mediante una lista de cotejo se evaluó la habilidad para colocarse el condón en los adolescentes. Esta habilidad se evaluó individualmente en un aula cerrada, grabando la colocación de condón; posteriormente se revisó cada filmación y se calificó la habilidad mediante una lista de cotejo. La lista tiene una escala dicotómica (correcta o incorrecta).

### **Procedimiento**

El taller está diseñado para cuatro sesiones, la primera tiene una duración de una hora, la segunda contempla dos horas de trabajo, la tercera sesión tres horas, la cuarta y última fueron de tres horas. Las creencias y las habilidades se evaluaron antes de iniciar, después del taller y un mes después. (Ver en anexo I)



*Figura 14.* Fases del taller de educación sexual.

## Sesión 1

Para empezar esta primera sesión el instructor (Diego Pérez Pérez) se presenta ante el grupo, después cada estudiante también lo hizo. Seguidamente se menciona el objetivo del taller y las reglas dentro de este. Se aplica la Escala de creencias y se observa las habilidades de la colocación del condón antes de iniciar el taller. También se les menciona a los participantes que los datos recabados serán manejados con confidencialidad y para fines académicos.

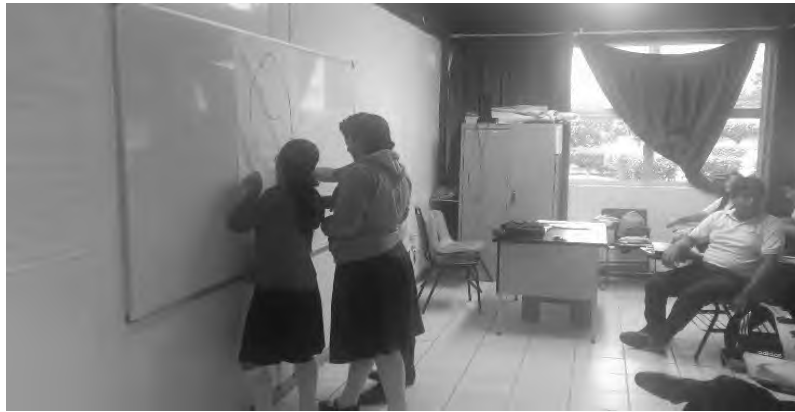
Después se les expuso la problemática que hay sobre la epidemia del VIH-SIDA a nivel mundial, nacional, estatal y regional, así como de otras enfermedades de transmisión sexual y de los embarazos no planeados (Ver anexo I).



*Foto 1.* Aplicación del instrumento de creencias a las adolescentes del taller.

## Sesión 2

En esta sesión se trabajaron con las creencias de los adolescentes. Se formaron equipos de trabajo para que discutieran las nociones acerca del uso del condón. El objetivo de esta discusión mitigar la estigmatización del uso del preservativo por mujeres, fortalecer el empoderamiento de las mujeres mediante la negociación para la colocación del condón.



*Foto 2. Actividades del taller.*



*Foto 3. Actividades del taller.*

### Sesión 3 y 4

Se trabaja exclusivamente con las habilidades de la siguiente manera, en un aula se pasó individualmente a cada uno de los adolescentes para que realizarán el procedimiento de la técnica de colocación de condón. Esta evaluación se realizó mediante el uso de un pedazo de madera que simula a un pene erecto, elaborado por el mismo instructor. Previamente el instructor explicó los pasos para el desarrollo de esta habilidad a los jóvenes. Posteriormente ellos pasaron a hacerlo tanto los hombres como las mujeres, cada valoración fue grabada con una cámara de video.



Foto 4

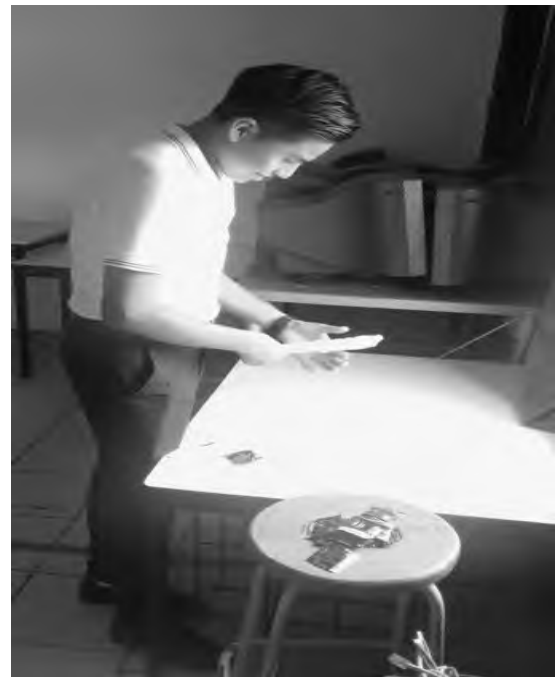


Foto 5

Foto 4 y 5. Medición de las habilidades sobre la colocación del condón en hombres y mujeres.

Al cabo del paso de un mes se volvió a realizar este mismo procedimiento sobre aplicación del instrumento de creencias y medición de las habilidades en la colocación del condón. Al terminar con las actividades se les agradeció a los adolescentes y autoridades académicas por haber participado en dicho taller.

# Capítulo VI.

## Resultados

En este apartado se describen los resultados de la presente investigación. En primer lugar, están las características sociodemográficas de los participantes, finalmente el análisis comparativo entre el grupo experimental y control con sus respectivas medidas antes (pre test) y después (1 pos test) del taller y un mes posterior (2 pos test) por cada variable.

***Características sociodemográficas:***

Grupo A (Experimental)

Este grupo está conformado por 31 participantes de los cuales son 18 mujeres y 13 hombres, la edad promedio es de 16 años, ninguno de ellos habla algún idioma indígena.

Grupo B (Control)

El segundo grupo es el de control este conjunto está conformado por 7 mujeres y 11 hombres, la edad promedio es de 16 años y no hablan ninguna lengua indígena.

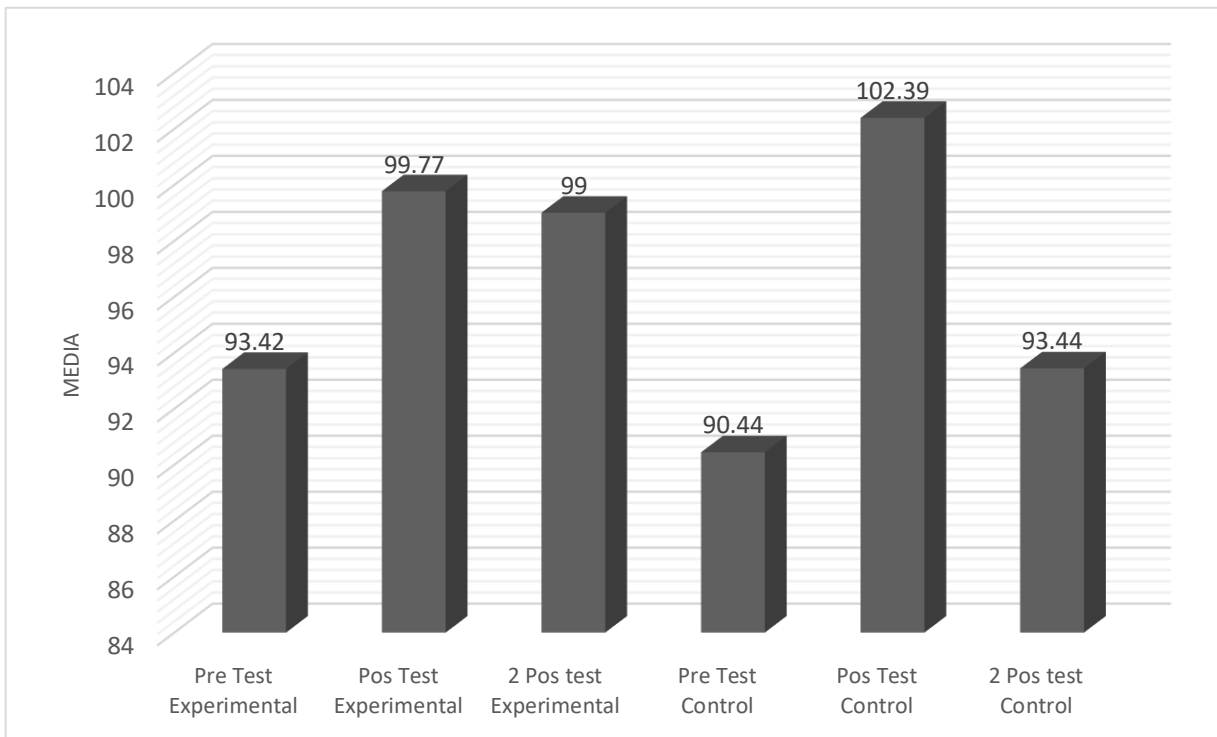


Figura 15. Medias de los grupos Experimental y control de Creencias.

La variable creencia no muestra un contraste estadísticamente significativo en todos los siguientes grupos pre test experimental y pre test control [ $t(47) = .881$   $p=.860$ ], pre test experimental y el pos test experimental [ $t(60) = -1.945$   $p=.296$ ], pre test experimental y el pos test control [ $t(47) = -2.653$   $p=.840$ ], pre test experimental y el 2 pos test experimental [ $t(60) = -1.925$   $p=.628$ ], pre test experimental y el 2 pos test control [ $t(47) = -.007$   $p=.716$ ], pos test experimental y el pos test control [ $t(47) = -.639$   $p=.518$ ], pos test experimental y el 2 pos test experimental [ $t(60) = .229$   $p=.525$ ], pos test experimental y el 2 pos test control [ $t(47) = 1.545$   $p=.590$ ]. Lo anterior se señala en la tabla 7.

Tabla 8

*Creencias acerca del uso del condón entre el grupo experimental y control.*

variable	grupo medición	n	media	t	gl	p= ≤.05
	Pre test experimental	31	93.42	.881	47	.860
	Pre test control	18	90.44			
	Pre test experimental	31	93.42	-1.945	60	.296
	Pos test experimental	31	99.77			
	Pre test experimental	31	93.42	-2.653	47	.840
	Pos test control	18	102.39			
Creencias	Pre test experimental	31	93.42	-1.925	60	.628
	2 Pos test Experimental	31	99.00			
	Pre test experimental	31	93.42	-.007	47	.716
	2 Pos test control	18	93.44			
	Pos test experimental	31	99.77	-.639	47	.518
	Pos test control	18	102.39			
	Pos test experimental	31	99.77	.229	60	.525
	2 Pos test experimental	31	99.00			
	Pos test experimental	31	99.77	1.545	47	.590
	2 Pos test control	18	93.44			

La Escala de creencias consta de dos dimensiones: costos y beneficios. En el factor costo no muestra una diferencia estadísticamente significativa en el grupo pre test experimental y el pre test control [ $t(47) = .935$   $p = .546$ ], pre test experimental y pos test experimental [ $t(60) = -.995$   $p = .456$ ], pre test experimental y el pos test control [ $t(47) = -1.122$   $p = .136$ ], pre test tratamiento y el 2 pos test tratamiento [ $t(60) = -.918$   $p = .588$ ], pre test experimental y el 2 pos

test control [ $t(47) = .506$   $p = .833$ ], pos test experimental y el pos test control [ $t(47) = -.217$   $p = .567$ ], pos test tratamiento y el 2 pos test tratamiento [ $t(60) = .153$   $p = .765$ ], pos test tratamiento y el 2 pos test control [ $t(47) = 1.238$   $p = .465$ ], pos test control y el pre test control [ $t(34) = -1.318$   $p = .191$ ] (Ver tabla 8)

Tabla 9

*Creencias de los costos entre el grupo experimental y control.*

variable	grupo medición	n	medias	t	gl	p= ≤.05
Creencias costos	Pre test experimental	31	47.16	.935	47	.546
	Pre test control	18	44.83			
	Pre test experimental	31	47.16	-.995	60	.456
	Pos test experimental	31	49.58			
	Pre test experimental	31	47.16	-1.122	47	.136
	Pos test control	18	50.28			
	Pre test experimental	31	47.16	-.918	60	.588
	2 Pos test experimental	31	49.19			
	Pre test experimental	31	47.16	.506	47	.833
	2 Pos test control	18	45.89			
	Pos test experimental	31	49.58	-.217	47	.567
	Pos test control	18	50.28			
	Pos test experimental	31	49.58	.153	60	.765
	2 Pos test experimental	31	49.19			
Pos test experimental	31	49.58	1.238	47	.465	
2 Pos test control	18	45.89				
Pos test control	18	50.28	-1.318	34	.191	
Pre test control	18	44.83				

En la segunda dimensión “beneficio” no se observa un contraste estadísticamente significativo en pre test experimental y pre test control [ $t(47) = .350$   $p = .087$ ], pre test experimental y el pos test experimental [ $t(60) = -.083$   $p = .961$ ], pre test experimental y el pos test control [ $t(47) = -3.840$   $p = .053$ ], pre test experimental y el 2 pos test experimental [ $t(60) = -2.170$   $p = .404$ ], pre test experimental y el 2 pos test control [ $t(47) = -.793$   $p = .660$ ], pos test experimental y el 2 pos test control [ $t(47) = -3.441$   $p = .101$ ], pos test experimental y el 2 pos test experimental [ $t(60) = -1.998$   $p = .481$ ], pos test experimental y el 2 pos test control [ $t(47) = -.662$   $p = .685$ ]. Lo anterior se refleja en la tabla 9.

Tabla 10

*Creencias de los beneficios entre el grupo experimental y control*

variable	grupo medición	n	media	t	gl	p= ≤.05
	Pre test experimental	31	46.26	.350	47	.087
	Pre test control	18	45.61			
	Pre test experimental	31	46.26	-.083	60	.961
	Pos test experimental	31	46.39			
	Pre test experimental	31	46.26	-3.840	47	.053
	Pos test control	18	52.11			
Creencias beneficio	Pre test experimental	31	46.26	-2.170	60	.404
	2 Pos test experimental	31	49.81			
	Pre test experimental	31	46.26	-.793	47	.660
	2 Pos test control	18	47.56			
	Pos test experimental	31	46.39	-3.441	47	.101
	Pos test control	18	52.11			
	Pos test experimental	31	46.39	-1.998	60	.481

2 Pos test experimental	31	49.81			
Pos test experimental	31	46.39	-.662	47	.685
2 Pos test control	18	52.11			

También no existe una correlación estadísticamente significativa entre las creencias del grupo pre test experimental y la habilidad pre test experimental  $r(1) = .170$   $p = .359$ , las creencias del 2 pos test experimental y las habilidades pre test experimental  $r(1) = .265$   $p = .149$ . De la misma forma las dimensiones de creencias: costo pre test experimental y las habilidades pre test experimental  $r(1) = .082$   $p = .661$ , costo pos test experimental y las habilidades pre test experimental  $r(1) = .181$   $p = .330$ , costo 2 pos test experimental y las habilidades pre test tratamiento  $r(1) = .170$   $p = .359$ ; beneficio pre test experimental y las habilidades pre test tratamiento  $r(1) = .202$   $p = .276$ , beneficio pos test experimental y las habilidades pre test experimental “ $r(1) = .230$   $p = .214$ ”.(Ver tabla 10)

Tabla 11

*Correlaciones entre las creencias y las habilidades del grupo tratamiento.*

variable	grupo medición	n	r	$p \leq .05$
Suma pre test experimental		31	0.170	0.359
Habilidad pre test experimental		31		
Suma 2 pos test experimental		31	0.265	0.149
Habilidad pre test experimental		31		
Suma pre test experimental costo		31	0.082	0.661
Habilidad pre test experimental		31		

Creencias	Suma pos test experimental costo	31	0.181	0.330
	Habilidad pre test experimental	31		
	Suma 2 pos test experimental costo	31	0.170	0.359
	Habilidad pre test experimental	31		
	Suma pre test experimental beneficio	31	0.202	0.276
	Habilidad pre test experimental	31		
	Suma 2 pos test experimental beneficio	31	0.230	0.214
	Habilidad pre test experimental	31		

---

No obstante, existe una relación estadísticamente significativa entre los puntajes totales de las creencias de los costos del pre test experimental con la habilidad pos test tratamiento [ $r(1) = 0.474, p \leq 0.007^*$ ]. Es decir que a mayor costos en el uso del condón, mayor la habilidad.

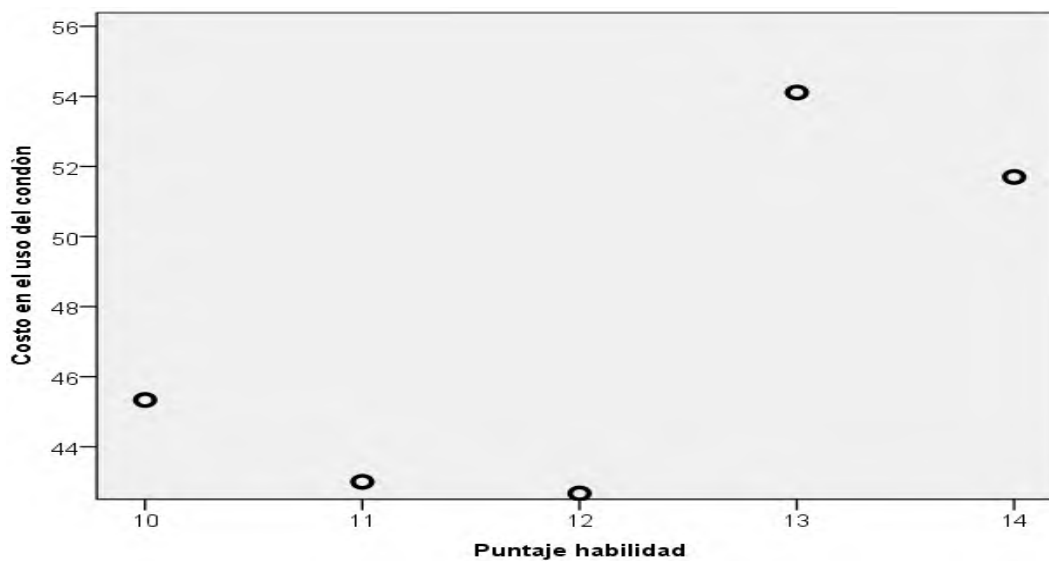


Figura 16. Costos del uso del condón y habilidad del grupo tratamiento.

También existe una asociación estadísticamente significativa entre beneficio del pos test experimental y las habilidades pre test experimental ( $r= 0.385$   $p \leq 0.032^*$ ). Esto quiere decir que a mayor habilidad, se incrementan los beneficios por usar el condón.

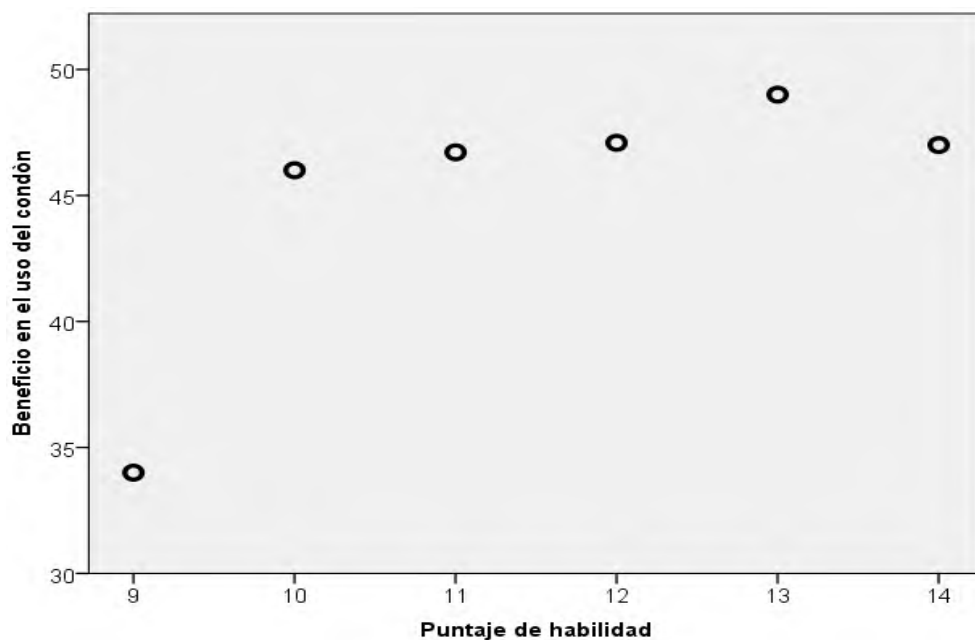
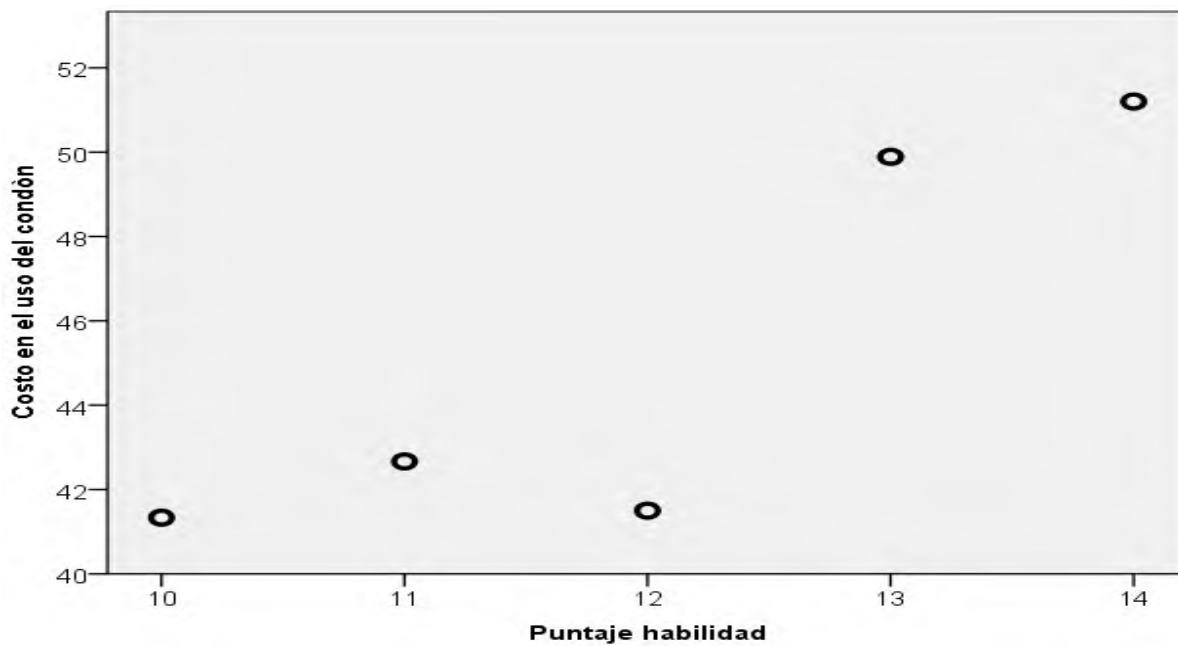


Figura 17. Beneficio en el uso del condón y habilidad del grupo tratamiento.

Del mismo modo, una relación significativa entre el costo del 2 pos test experimental y las habilidades pos test experimental  $r(1)=0.381$ ,  $p=0.035$ . En otras palabras entre mayor sean los beneficios, aumentan las habilidades en el uso del condón. Como se muestra en la figura 12.



*Figura 18.* Costos del uso del condón y habilidad del grupo tratamiento en el segundo pos test. Donde se observa que entre mayor sean los costos en el uso de condón, menor son las habilidades.

### ***Habilidades***

Por su parte en la variable habilidad no hay una diferencia estadísticamente significativa entre pre test experimental y el pos test control [ $t(47) = -2.895$   $p=.618$ ], pre test experimental y el pos test experimental [ $t(60) = -3.302$   $p=.666$ ], pre test experimental y el pos test control [ $t(47) = -4.723$   $p=.550$ ], pos test experimental y el pos test control [ $t(47) = -1.593$   $p=.325$ ], pre

test experimental y el 2 pos test experimental [ $t(60) = -12.072$   $p = .058$ ], pos test control y el pre test control [ $t(34) = 1.662$   $p = .952$ ].

No obstante, al contrastar la habilidad en los grupos pre test experimental y 2 pos test experimental, hay una diferencia estadísticamente significativa [ $t(60) = -7.814$   $p \leq 0.019^*$ ]. La figura 19 muestra que las habilidades del uso del condón, se incrementan pasando un mes en el grupo experimental.

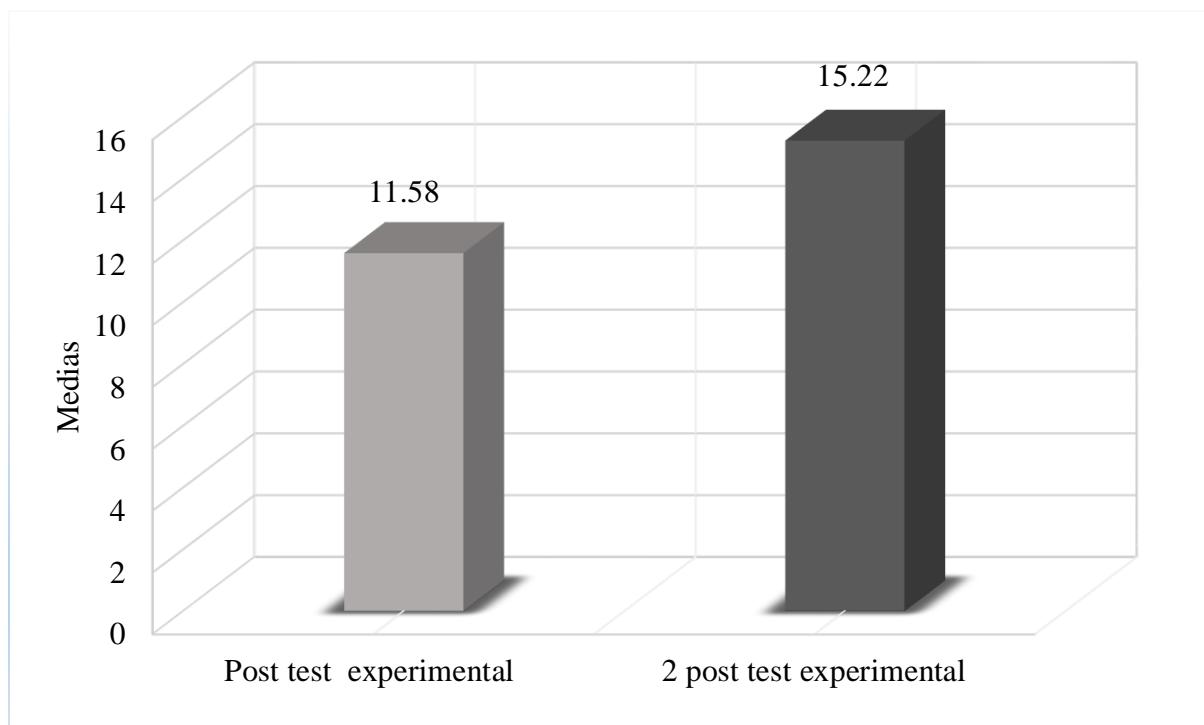


Figura 19. Habilidades de los adolescentes del pos test experimental y 2 pos test experimental.

# Capítulo VII. Discusión

Las creencias de los adolescentes no cumplen los objetivos después de un taller de educación sexual, tal vez esto se deba que ellos no ven los costos y beneficios del uso del condón, por un lado, por el otro lado la maduración psicológica de los jóvenes no va de acuerdo con su maduración sexual (Santrock, 2004). Es decir ellos empiezan a tener relaciones sexuales sin que hayan tenido una maduración en su personalidad. Además los adolescentes se enfrentan a diversos conflictos propios de esta etapa de la vida como la identidad. En muchas ocasiones este enfrentamiento conlleva al joven a tomar conductas que son riesgosas a la salud como no usar el condón en las relaciones sexuales (Thimeos, 2013).

Así mismo las creencias cambian por factores costos y beneficios lo que significa que cada uno de ellos afecta al uso el condón, así mismo poco se ha hecho por los adolescentes en materia de sexualidad todavía no han logrado vincular para que alcancen la salud sexual y reproductiva plena (Secretaría de Educación Pública, 2009)

Al contrario las habilidades se incrementan, tal vez esto se deba a que se reforzó la enseñanza de la colocación del condón por medio de etapas de manera práctica a cada uno de los jóvenes en las habilidades ya que pasaron a realizarlas y se reforzó dentro de un mes replicando el mismo procedimiento.

En esta investigación existe una relación entre las habilidades del uso del condón y las creencias ya que están presentes en la vida diaria del individuo e impactan en las conductas saludables sobre el uso del condón. Pérez (2017) ha encontrado que las creencias afectan las

habilidades del uso condón, es decir mientras mayor sean las creencias de los costos hacía el preservativo, menor son los beneficios percibidos hacía la conducta saludable.

# Capítulo VIII.

## Conclusión

Los resultados muestran que los hombres no cambian sus creencias hacía el uso del condón por un taller. Posiblemente los temas de sexualidad, uso del uso del condón y el “machismo” no se hablen en casa ni tampoco en la escuela. De donde resulta que los padres deben dialogar de esos temas con los hijos y en la escuela, los profesores como reforzadores de la conducta. Al contrario, en las habilidades los hombres y las mujeres muestran el mismo porcentaje en habilidades del uso del condón ya que ninguno de ellos sabe colocárselo correctamente.

Se debe realizar los talleres de educación sexual con contenido acorde al tipo de pensamiento de los jóvenes en las diferentes etapas de adolescencia, por ejemplo: en la adolescencia temprana hablar acerca de la autoexploración o masturbación, así mismo la adolescencia media sobre el placer y riesgo en las relaciones sexuales y en la adolescencia tardía sobre el amor y estabilidad con la pareja.

Los hallazgos de esta intervención se relacionan con otros estudios como Reyes y Menkes (2014), quienes han encontrado que las creencias influyen en las decisiones que toman los adolescentes, además Oblitas (2010) ha mencionado que estas nociones influyen hacia la salud y la enfermedad para que las personas decidan cuando deben realizar un cambio en sus conductas saludable. De donde resulta que las creencias son fuertes y difíciles de cambiar por estar inmerso en una dimensión cultural y de interacción social (Uribe et al., 2012); tal vez esa sea la razón de no haber logrado el cambio subjetivo con tan pocas sesiones.

Finalmente si admitamos por el momento continuar con la promoción del uso del condón con actividades lúdicas y contemplar variables psicosociales, hay una mayor

participación y dinamismo del adolescente habrá mayor del adolescente; dicho brevemente un aprendizaje significativo.

### *Recomendaciones*

Algunas sugerencias para las próximas investigaciones en el estudio de las creencias son: Incluir reactivos relacionados al género y la cultura “machista” del uso del condón, continuar trabajando en las intervenciones los costos y beneficios. También que los grupos experimentales sean aleatorizados para la confiabilidad de los resultados. Asimismo para incrementar la validez externa del experimento, el grupo de tratamiento y control deben estar separados en diferentes escuelas. Habría que decir también el aumento de número de horas (20 horas) para llevar a cabo las actividades; las sesiones de este taller en ocasiones fueron canceladas o interrumpidas por las actividades académicas de los alumnos.

### *Intervenciones de enfermería*

Como personal de enfermería las intervenciones son a nivel individual, comunitario y estructural. En el primer nivel: determinar el nivel de comprensión del adolescente sobre sexualidad, explicar que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades alteran el funcionamiento sexual, darle seguridad sobre las prácticas sexuales seguras, informar de alternativas sobre expresiones sexuales es decir otras maneras de alcanzar placer, comentar que la consideraciones religiosas, culturales, socioeconómicas e individuales influyen en la elecciones de la protección sexual e instruirlo sobre el uso correcto del preservativo.

Así mismo en la comunidad: identificar los grupos de riesgo y rangos de edad. Identificar los factores externos e internos que impiden las conductas saludables, considerar los recursos para llevar a cabo los programas, centrarse en los beneficios inmediatos o largo plazo de las actividades realizadas, diseñar estrategias para que lidien con las conductas no saludables, utilizar debates o juegos de roles para influir en las creencias, valores y aptitudes que existan en la salud sexual. Incluir y evaluar el apoyo o las redes sociales.

También a nivel institucional: determinar la capacidad y motivación para un método, comentar los diferentes tipos de método de prevención para las ETS, instruir sobre la fisiología humana del aparato reproductor masculino y femenino, determinar los recursos económicos para la anticoncepción (Bulechek, Butcher & Dochterman, 2013).

De igual manera a nivel estructural: involucrar en la enseñanza de la sexualidad a los padres, esta educación debe empezar desde casa y reforzarse en las escuelas; en esta última insertar, tanto en las públicas como las privadas, currículos relacionados a la sexualidad desde la infancia y de la identidad de género.

## Bibliografía

- Aristizábal, G. P., Blanco, D. M., Sánchez, A. y Ostiguin, R. M. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, 8 (4), 16-23.
- Aguas, A. (2012). Actitudes y creencias sobre el uso del condón masculino en jóvenes universitarios. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. México. Recuperada de: [www.tesis.unam.mx](http://www.tesis.unam.mx).
- Benavides, R. A., Castillo, L. C., López, F y Onofre, D.J. 2013. Promoción de la salud sexual en adolescentes, México: El Manual Moderno.
- Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., & Wagner, C. 2013. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC). España. Elsevier.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. (). El uso del condón en México. Recuperado de <https://urologiamedicamonterrey.com/curiosidades/infografia-el-uso-del-condon-en-mexico/>
- Cannoni, G., González M., Conejero, C., Merino, P., y Schulin, C. (2015). Sexualidad en la adolescente: Consejería. *Rev. Med. Clin. Condes*, 26 (1) 81-87.
- Cabrera, G., Tascón, J y Lucumi, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 19 (1), 91-101.

- Carmona, G., Beltrán, J., Calderón, M., Piazza, M. y Chávez, S. (2017). Contextualización del inicio sexual y barreras individuales del uso de anticonceptivos en adolescentes de Lima, Huamanga e Iquitos. *Revista Perú Medica Exp Salud Publica*, 34 (4), 601-610. Doi: 10.17843/rpmesp.2017.344.297.
- Carrillo, C. A., Díaz, D. (2016). Desarrollo del locus del control en las etapas de la adolescencia. *Revista de educación y desarrollo*, 39, 1- 7.
- Chang, S. J., Choi, S., Kim, S. A., & Song, M. (2014). Intervention Strategies Based on Information-Motivation-Behavioral Skills Model for Health Behavior Change: A Systematic Review. *Asian Nursing Research*, 8, 172 – 181. Doi: org/10.1016/j.anr.2014.08.002.
- Casique, I. (2016). Dimensiones entrelazadas: empoderamiento y actitudes de los adolescentes mexicanos respecto al uso del condón masculino. *Revista Latinoamericana de Población*, 10 (19), 149-168.
- Campero, L., Atienzo, E., Suárez, L., Hernández, B. y Villalobos, A. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuesta. *Gaceta Médica de México*, 149, 299-307.
- Cruz, F. (2018, 16 de abril). Oaxaca noveno lugar en VIH a nivel nacional. *Voz del Sur*. Recuperado de: <https://vozdelsur.com.mx/blog/2018/04/16/oaxaca-noveno-lugar-en-vih-a-nivel-nac/>

- Dirección General de Epidemiología. (2017). Sistema de Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA Actualización al 4to trimestre del 2017. Recuperado de <https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>.
- De Mendoza, M, T y Olvera, J. (2013). Conocimientos y actitudes sobre sexualidad en jóvenes universitarios. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 16 (1), 1 – 11.
- Defez, A, M. (2005). Que es una creencia. *Anales del Seminario de Metafísica*, 38, 199 – 221.
- Da Costa, S. S., Lacet, A. A., Souza, K. N., Gonçalves, K. K., Guimarães, M. J., Lopes, M. M., Bezerra, A. K, & Dos Santos, S. H. (2015). *Revista da Escola Enfermagem da USP*, 49 (3), 364-372. Doi: 10.1590/S0080-623420150000300002.
- De Jesús, D. y Menkes, C. (2014). Prácticas y significados del uso del condón en varones adolescentes de dos contextos de México. *Papeles de Población*, 20 (79), 73-97.
- De Oliveira, E., Duarte, M. L., Patriota, A. C. & De Vasconcelos, P. (2015). Social representations of adolescents on sexual relations and the use of condoms. *Rev. Gaúcha Enferm*, 36 (1), 84-91. Doi: org/10.1590/1983-1447.2015.01.45639 .
- Euskadi. (2017). Conductas-Saludables. Recuperado de <http://www.euskadi.eus/conductas-saludables/>

- Estupiñán, M. R., Amaya, L. C., y Rojas, Y. A. (2012). Representaciones sociales de universitarios sobre la abstinencia sexual y los condones como mecanismos de prevención. *Revista salud pública*, 14 (3), 491-501.
- Eguiluz, I., Torres, P., y Allen, Betania. (2013). percepciones sobre uso de condón e ITS/VIH: migrantes y no-migrantes de México a EE. UU. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*, 11 (2), 515-526.
- Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. (2011). La Adolescencia temprana y adolescencia tardía. Recuperado de: <https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolenscencia-temprana-y-tardia.pdf>.
- Gaceta UNAM. (2016). Embarazo adolescente problema de salud pública. Se impulsa programa para prevenirlo: diagnóstico, educación, evaluación y seguimiento. 4816. Recuperado de <http://www.gaceta.unam.mx/20160929/wp-content/uploads/2016/09/290916.pdf>.
- Gayet, C. (2015). Infecciones de Transmisión Sexual en México: una mirada desde la historia y el género. *Secretaria de salud*, 11, 1 – 372.
- Grangeiro, A., Ferraz, D., Calazans, G., Miura, E., & Díaz, X. P. (2015). The Effect of Prevention methods on reducing sexual risk for HIV and their potencial impact on a large-scale: a literature review. *Revista brasileira epidemiologia*, 18 (1), 43-62. Doi: org10.1590/1809 4503201500050005.
- García, M. D. (2014). Las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes españoles. *RqR Enfermería Comunitaria. Revista de SEAPA*, 2 (2), 38-61.

- García, J. (2002). Propuesta de taller de educación informal dirigido a las mujeres en prevención del VIH – SIDA. (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México. México. Recuperada de: [www.tesis.unam.mx](http://www.tesis.unam.mx).
- Hernández, Y., Peláez, F. E., Serrano, A. C., Barros, S. M., Cedillos, M. L., y Vanegas, O. S. (2017). *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20 (3), 1 – 30.
- Inmaculada, T., Bermúdez, M. P. y 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.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (2017). Crisis de ETS en México podría volverse incurable. Recuperado de <https://www.elcinco.mx/mexico/crisis-ets-en-mexico-podria-volverse-incurable>.
- Jacques, C., García, P., Díez, E., Martín, S y Caylà, J. (2015). Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. *Gac Sanit*, 29 (4), 252–257. Doi: org/10.1016/j.gaceta.2015.03.002.
- Jiménez, M. (2010). Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. *Enseñanza e investigación en psicología*. 15, (1), 107 – 119.
- Kendall, T., Castillo, A., Herrera, C. y Campero, L. (2015). El uso inconsistente del condón en mujeres mexicanas que viven con VIH: un reto para los servicios de salud. *Salud Publica Mex*, 57 (2), 183-189.

- Loredo, A., Vargas, E., Casas, A., Gonzales, J. y Gutiérrez, C. J. (2014). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Revista médica del instituto mexicano del seguro social*, 55 (2), 223-229.
- Lameiras, M., Rodríguez Y., Calado, M y González M. (2003). Creencias vinculadas al uso del preservativo masculino en adolescentes españoles sexualmente activos. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)*, 3 (1), 27-34.
- Lucas, A. M., Tizón, E., Porto, M y Fernández, C. (2014). La importancia de enfermería en la educación sexual plural durante los primeros años de la adolescencia: rompiendo estereotipos. *ENE Revista de enfermería*, 8 (2), 1-5.
- Medline. (2018). Las enfermedades de transmisión sexual. Recuperado de: <https://medlineplus.gov/spanish/sexuallytransmitteddiseases.html>
- Mora, A y Hernández, M. (2015). Embarazo en la adolescencia. *Ginecol Obstet Mex.* 83, 294-301.
- Nursing Interventions classification. (2014). *Asesoramiento sexual-5248 6ª edición* (p. 100). Elsevier. Barcelona: España.
- Nursing Interventions classification. (2014). *Enseñanza relaciones sexuales seguras -5622 6ª edición* (p. 199). Elsevier. Barcelona: España.
- Nursing Interventions classification. (2014). *Educación para la salud-6982 6ª edición* (p. 181). Elsevier. Barcelona: España.

- Nursing Interventions classification. (2014). *Planificación familiar anticoncepción-6784 6ª edición* (p. 356). Elsevier. Barcelona: España
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Estrategia mundial del sector de la salud contra las infecciones de transmisión sexual 2016–2021 hacia el fin de las ITS. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250253/1/WHO-RHR-16.09-spa.pdf>.
- Organización Mundial de la salud. (2017). Global Hepatitis Report. Recuperado de <http://apps.who.int/iris>.
- Organización Mundial de la salud. (2011). La sexualidad. Recuperado de <http://formacion-integral.com.ar/website/?p=17>
- Osorio, A., López, C., Ruiz, M., Carlos, S., & de Irala, J. (2015). Safe sex belief and sexual risk behaviours among adolescents from three developing countries: a cross-sectional study. *BMJ OPEN*, 5, 1 – 10. Doi: 10.1136/bmjopen-2015-007826.
- Osorio, L., y Cuello, K. (2013). Evaluación de los mitos sexuales de acuerdo al género y nivel de formación en los jóvenes universitarios y de educación media. *Revista de ciencias sociales, humanas y artes*, 1 (1), 9 – 13.
- Oblitas, L. A. (2010). *Psicología para la salud y calidad de vida*. México: Cengage Learning Editores.
- Osakidetza. (2017). Conductas saludables. Recuperado de <http://www.osakidetza.euskadi.eus/informacion/conductas-saludables/r85-cksalu02/es/>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2017). Estadísticas mundiales sobre el VIH. Recuperado de [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf)

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2000). El preservativo masculino. Recuperado de [http://data.unaids.org/publications/irc-pub01/jc302-tu18-malecondom\\_es.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub01/jc302-tu18-malecondom_es.pdf)

Paoli, A (1990). Comunicación e información. México: Trillas.

Primaria, A (2017). VIH y atención primaria. Volver a pensar en el sida. Atención Primaria. 49 (2):65 – 66. Doi: org/10.1016/j.aprim.2017.01.001.

Qing, J., Yan Li, Y., Chao, J., Na, Li, Zhou, Y., Zhao, R., & Feng, Y. (2012). Malé condom use and condom problems among women in Shanghai. *Asian Pacific Journal of Reproduction*, 1(1), 48-54. Doi: org10.1016/S2305-0500(13)60047-0.

Real Academia Española. (2014). Diccionario de la lengua española. México.

Raile, A. M. (2014). Nursing Theorists and Their Work. España: Elsevier.

Rubens, M., McCoy, H. V., & Shehadeh, N. (2014). Proficiency in Condom Use Among Migrant Workers. *Journal of the association of nurses in aids care*, 25 (3), 233-242. Doi: org/10.1016/j.jana.2013.04.007.

Secretaria de salud. (2017). Las hepatitis virales ocultas. Recuperado de <http://www.webm.com/hepatitis/ss/slideshow-hepatitis-overview>.

Secretaria de Salud. (2013). Programa de Acción Especifico Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes 2013 – 2018. Recuperado de

[http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/SaludSexualyReproductivaparaAdolescentes\\_2013\\_2018.pdf](http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SSRA/SaludSexualyReproductivaparaAdolescentes_2013_2018.pdf)

Secretaria de Educación Pública. (2009). Sexualidad en el marco de competencias de formación cívica y ética. Recuperado de <https://www.afluentes.org/wp-content/uploads/2009/11/competenciasysexualidad.pdf>

Secretaria de Salud. (2013). Respuesta al VIH, SIDA, E ITS 2013 – 2018. Recuperado de [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/acerca/PAE\\_2013\\_2018\\_AUTORIZADA.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/acerca/PAE_2013_2018_AUTORIZADA.pdf)

Secretaria de Salud. (2017). Informe semanal de vigilancia epidemiológica defunciones maternas. Recuperado de: [http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/BOLETIN\\_52\\_2017\\_COMPLETO.pdf](http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/BOLETIN_52_2017_COMPLETO.pdf)

Secretaria de Salud. (2018). En 2017 se registraron 4 mil 730 madres adolescentes en Oaxaca. Recuperado de <http://www.nvnoticias.com/nota/82142/en-2017-se-registraron-4-mil-730-madres-adolescentes-en-oaxaca>.

Secretaria de salud. (1993). Norma Oficial Mexicana 039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual. Recuperado de: [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/039ssa202.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/039ssa202.html)

Secretaria de salud. (1999). Norma Oficial Mexicana 017-ssa2-1994, para la vigilancia epidemiológica. Recuperado de: [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/017ssa24.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/017ssa24.html)

Secretaría de salud. (S/A). Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Recuperado de. Recuperado de: [www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m010ssa23.html](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m010ssa23.html)

Secretaría de salud. (2015). Norma oficial Mexicana 047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. Recuperado de: <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/normateca/NOM-047-SSA2-2015.pdf>

Sánchez, R., Enríquez, D. J., & Robles, S. S. (2016). Evaluación de un programa de intervención para promover la salud sexual en adolescentes mexicanos en conflicto con la ley. *Acta Colombiana de Psicología*, 19 (2), 269 – 280. Doi: org/10.14718/ACP.2016.19.2.11.

Saura, S., Jorquera, V., Rodríguez, D., Mascort, C., Castellá, I., y García, J. (2017). Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual/VIH en jóvenes desde una perspectiva de género. *Atención primaria*, 8 (5), 1 - 10. Doi: org/10.1016/j.aprim.2017.08.005.

Sánchez, R., Villalobos, L., Félix, V., Morales, S, & Marín, R. (2017). Effect of substance use on condom use in the Theory of Planned Behavior: Analysis of differential item functioning. *Salud mental*. 40 (1), 1 - 10. Doi: org/10.17711/SM.0185-3325.2017.002.

Santrock, J. W. (2004). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. España: McGraw-Hill

The Society for Adolescent Health and Medicine. (2017). Condom Availability in Schools: A Practical Approach to the Prevention of Sexually Transmitted Infection/HIV and Unintended Pregnancy. *Journal of Adolescent Health*. 60, 754 – 757. Doi: org/10.1016/j.jadohealth.2017.03.019.

- Thimeos, J.A. (2013). Educación sexual preventiva en adolescentes. Facultad de Educación UNED. 29, 25 – 42.
- Tello, M. P., y Campos, M. E. (2015). Efectividad de un programa educativo sobre VIH/Sida aplicado a universitarios dentro del enfoque promocional. *Cuid Salud*. 2 (1), 125-136.
- Tyler, C., Whiteman, M., Kraft, J., Zapata, L., Hillis, S., Curtis, K., Anderson, J., Pazol, K., & Marchbanks, P. (2014). Dual Use of Condoms With Other Contraceptive Methods Among Adolescents and Young Women in the United States. *Journal of Adolescent Health*. 54, 169 -175. Doi: [org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.042](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.07.042).
- Uribe, J. I., Andrade, P., Zacarías, X., y Betancourt, 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.
- United Nations International Children's Emergency Fund. (2015). Informe de Unicef reveló alta tasa de embarazo adolescente en América Latina. Recuperado de <http://www.eluniversal.com.co/mundo/informe-de-unicef-revelo-alta-tasa-de-embarazo-adolescente-en-america-latina-206801>.
- Uribe, J. I., Aguilar, J., Zacarías, X. y Aguilar, A. (2015). Modelos Explicativos del Uso del Condón en las Relaciones Sexuales de Adolescentes. *Acta de Investigación Psicológica. Psicológica Research Records*. 5 (1), 1904-1915.
- Uribe, J. I., Amador, G., Zacarías, X. y Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 10 (1), 481-494.

- Uribe, J. I., Bahamon, M. J., Reyes, L., Trejos, A. M. y Alarcón, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y práctica sexual protegida en jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*. 20 (1), 203-211. Doi: [org/10.14718/ACP.2017.20.1.10](https://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.1.10).
- Vallejo, N. G y Martínez, E. (2017). Impacto de la promoción de estilos de vida saludable para mejorar la calidad de vida. *Drugs and Addictive Behavior*. 2 (2), 225-235. Doi: [org/10.21501/24631779.2442](https://doi.org/10.21501/24631779.2442).
- Williams, R & Fortenberry. (2013). Dual Use of Long-Acting Reversible Contraceptives and Condoms Amon Adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 52, 529 – 534. Doi: [org/10.1016/j.jadohealth.2013.02.002](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.02.002).

## ANEXO I:

## CARTA DESCRIPTIVA

Objetivo general	Objetivos por sesiones	Temas	Técnicas de enseñanza	Duración	Materiales	Evaluación
Generar en los participantes habilidades y responsabilidades sobre el uso del condón.	Identificar ideas y creencias respecto al uso del condón	creencias acerca del uso del condón	Lluvia de ideas	60 minutos	Gafetes Hojas Lapicero	Cuestionario del instrumento creencias ambos sexos
	Conocer lo que los adolescentes creen acerca del uso del condón y crear ideas positivas	Desmitificar las creencias acerca del uso del condón	Técnica PNI (positivo, negativo, interesante)	120 minutos	Hojas Lapiceros	Observación de las respuestas de los estudiantes
	Conocer y mejorar las habilidades de los adolescentes en colocarse el condón	Uso correcto del condón	Matriz de clasificación  Que veo, que no veo ,que infiero	360 minutos	Hojas blancas Cámara Lapiceros	Listas de cotejo ver anexo 1
Nombre del taller: El uso del condón			Duración total: 09 horas			
Objetivo general: Que los adolescentes conozcan la colocación correcta del condón						
Objetivo específico: Que los participantes en el taller sepan cómo usar y mejoren habilidades acerca del uso del condón						
Temas: uso del condón			Sesión: general			



## SESIÓN 2

Contenido	Actividades de aprendizaje	Material didáctico	Duración
Desmitificar las creencias acerca del uso del condón	<p>El facilitador pedirá a los participantes formar grupos de 4 personas para realizar la siguiente actividad. Quien usará la técnica PNI (positivo, negativo, interesante) (Pimienta, 2017)</p> <p>Esta permite plantear una cantidad mayor de ideas, sobre un evento determinado o algo que se observa, se implementará un cuadro donde ellos anotan de manera comparativa creencias y analizan sus respuestas al final se pretende que ellos construyan ideas positivas de acuerdo al tema.</p>	<p>Hojas blancas</p> <p>Lapiceros</p>	30 minutos
	<p style="text-align: center;"><b>2. Creencia: “A mí no me pasará”</b></p> <p>Mediante preguntas guías de modo grupal para que expresen sus ideas</p> <p>¿Crees que como adolescentes estas en riesgo de contagiarte de VIH/SIDA?</p> <p>¿Quién crees que este más vulnerable a contagiarse de VIH/SIDA? ¿Mujeres – sexoservidoras, mamás, hijas, lesbianas u hombres –homosexuales, bisexuales, infieles-?</p>		30 minutos
	<p style="text-align: center;"><b>3. Creencias: ¿Qué puedo hacer?</b></p> <p>3.1 Mitigar la estigmatización del condón</p> <p>3.2 Empoderamiento de las mujeres.</p> <p>3.2.1 Aprender a colocarlo en forma erótica</p> <p>3.2.2 Aprender a negociar</p> <p>3.2.2.1 Para aprender a negociar</p> <p>El facilitador implementará la dinámica de cambios de roles en el cual un hombre hará el papel de mujer y la mujer hará el papel de hombre, se pondrán en una situación donde unos quieren tener relaciones con condón y en la otra no quieren usarlo se observará la manera en que ellos saben manejar la situación</p> <p>3.3 Opciones para proteger sin usar condón.</p>		60 minutos

### SESIÓN 3

Contenido	Actividades de aprendizaje	Material didáctico	Duración
<p>Uso correcto del condón</p>	<p>El facilitador usara la técnica matriz de clasificación (pimienta, 2005), la cual permite hacer distinciones con esto podemos verificar si el participante sabe colocar el condón se pasará al frente donde se le Pedirá que se imagine una que está a punto de tener el acto sexual, por este medio se va a relacionar los pasos de la técnica de Colocación que haga con una lista de cotejo con la técnica correcta.</p> <p>Se pasará al aula previamente asignada en el cual de manera Individual. Evaluará y se grabara con una cámara de video a cada uno la técnica que emplean para colocarse el condón en ambos sexos.</p> <p>Terminando de pasar a cada uno se retroalimentará con la técnica Correcta enseñada por el moderador.</p> <p>Después ellos harán de nuevo la técnica ya con el conocimiento correcto previo.</p>	<p>Lista de cotejo Cámara de video Lapiceros 60 condones</p>	<p>180 minutos</p>

## SESIÓN 4

Contenido	Actividades de aprendizaje	Material didáctico	Duración
<p>Uso correcto del condón (continuación)</p>	<p>El facilitador usara la técnica que veo, que no veo, que infiero (Pimienta, 2017).</p> <p>Se plantea observar al participante en cual se medirá sus habilidades y en que tiene errores, además de instruir sobre la técnica correcta donde sabremos si su procedimiento fue el adecuado se anotara, cada uno de los pasos en rubros elaborados para su confirmación si se hizo correctamente.</p> <p>Se pasará al aula previamente asignada en el cual de manera Individual.</p> <p>Se evaluará a cada uno la técnica que emplean para colocarse el condón en ambos sexos.</p> <p>Terminando de pasar a cada uno se retroalimentará con la técnica correcta enseñada por el moderador.</p> <p>Después ellos harán de nuevo la técnica ya con el conocimiento correcto previo.</p>	<p>Lista de cotejo Cámara de Video Lapiceros 60 condones</p>	<p>180 minutos</p>

## Anexo II

**Instrucciones:** El siguiente cuestionario contiene preguntas acerca de tus ideas del uso del condón. Las respuestas serán anónimas y confidenciales, también no existen respuestas correctas e incorrectas. La información proporcionada será usada para fines académicos. Tacha con una **X** la respuesta que más se aproximé a tus ideas.

El condón...	Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Algo de acuerdo	Nada de acuerdo	Totalmente en desacuerdo
El condón previene el embarazo					
El condón no siempre se tiene a la mano					
El condón hay que saber dónde comprarlos					
El condón es engorroso, incómodo y complicado de usar					
El condón tranquiliza y da seguridad en mi relación					
El condón crea dudas en mi pareja acerca de mi estado de salud					
El condón se rompen fácilmente					
El condón no tienen efectos negativos ni consecuencias					
El condón rompe con el romanticismo de la situación					
El condón es fácil de conseguir					
El condón me posibilita tener relaciones sexuales con penetración sin riesgo					
El condón interrumpe el acto sexual					
Me da vergüenza decir que hay que usarlo					
El condón es barato					
El condón previene de enfermedades de transmisión sexual y el sida					
Disminuye el placer trayendo condones					
Me siento incómodo/a-culpable de andar con condones					
El condón es fácil de obtener					
El condón es inseguro, ineficaz					
El condón es higiénico					

Hay que depender del condón					
Me preocupa que en mi casa me encuentren condones					
Es sencillo y fácil de usar					
Su colocación es un juego erótico más					
Me da vergüenza comprar condones					
Si tengo condones crea la sensación que quiero tener relaciones con cualquier persona					
Los chicos que tienen condón dan la sensación de que buscan llegar a la relación sexual siempre					
Hay que saber cómo utilizarlo y cómo poner el condón					
No hace falta ir al médico usando el condón					

Folio \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_  
Edad \_\_\_\_\_

Edad inicio en relaciones sexuales \_\_\_\_\_  
Vida sexual activa                      Sí                      No

**¡Gracias!**

Anexo III

**Habilidades para el uso del condón masculino.**

Instrucciones. Antes de colocar el preservativo: Imagina que estás en un momento en el que vas a tener una relación sexual y quieres usar el preservativo. Por favor elige el preservativo que consideres conveniente y colócalo en el pene de enseñanza como lo has hecho o lo harías si nunca has tenido relaciones sexuales. Después de haber colocado el preservativo: Ahora por favor retira el preservativo como normalmente lo haces o lo harías si nunca has tenido relaciones sexuales.

REACTIVOS	SÍ	NO
Revisó la envoltura del condón, para ver si estaba roto.		
Revisó la fecha de caducidad		
Abrió por un extremo el condón.		
No utilizo las uñas, dientes, ni nada que pueda dañar el condón.		
Antes de colocar el condón, presiono la punta del condón para que quede sin aire.		
Desenrolló el condón correctamente de arriba hacia abajo hasta la base del pene.		
Retiró el condón, sujetando la base con las yemas de los dedos, evitando que se derrame el semen.		
Anudó y desechó el condón en el bote de basura		

Folio \_\_\_\_\_ Edad inicio en relaciones sexuales \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Vida sexual activa      Sí              No  
 Edad \_\_\_\_\_ Uso del condón siempre    Sí              No

Anexo IV



# UNPA

Universidad del Papaloapan

Tuxtpec, Oaxaca a 04 de Septiembre del 2017.

**A quien Corresponda.**

El que suscribe M. Psi. Frank Pulido Criollo, profesor de tiempo completo en la licenciatura de enfermería de la Universidad del Papaloapan, campus Tuxtpec. Me dirijo a usted de la manera más respetuosa para concebir su autorización al **C. Diego Pérez Pérez** para aplicar un cuestionario de la creencias e ideas del uso del condón a los estudiantes de su prestigiosa institución, actividad de la cual forma parte de su tesis de licenciatura: Creencias y habilidades en el uso del condón en estudiantes de ~~Biología~~

La actividad no interfiere de ninguna manera en sus actividades cotidianas, el tiempo de llenado son máximo quince minutos. Se espera con los resultados obtenidos conocer, analizar y difundir el conocimiento del uso del condón en estudiantes.

Sin más que mencionar, me despido de usted, no sin antes dejarle un cordial saludo y esperando su pronta respuesta. Quedo con usted como su atento y seguro servidor.

Atentamente

M.Psi. Frank Pulido Criollo

Profesor de la Universidad del Papaloapan

Teléfono (287) 87 5 92 40 ext. 220



VICE-RECTORIA  
ACADEMICA.

*Roberto Luis Alberto*

ESCUELA PREPARATORIA  
1992

CIENCIA Y LIBERTAD



INCORPORADA A LA UABJO  
CLAVE: 60887  
VALLE NACIONAL, OAX.



# UNPA

Universidad del Papaloapan

*Veri Uterium Non Spera*

Tuxtepec, Oaxaca a 27 de Septiembre del 2017.

**Mtra. Clara Vargas Romero.**

Directora CECyTE plantel # 9

Valle Nacional, Oaxaca.

El que suscribe M. Psi. Frank Pulido Criollo, profesor de tiempo completo en la licenciatura de enfermería de la Universidad del Papaloapan, campus Tuxtepec. Me dirijo a usted de la manera más respetuosa para concebir su autorización al **C. Diego Pérez Pérez** para realizar un taller de "Creencias y habilidades del uso del condón" en alumnos de su prestigiosa institución, actividad de la cual forma parte de su tesis de licenciatura: Creencias y habilidades en el uso del condón en estudiantes de preparatoria.

La actividad no interfiere de ninguna manera en sus actividades cotidianas. Se espera con los resultados obtenidos conocer, analizar y difundir el conocimiento del uso del condón en estudiantes.

Sin más que mencionar, me despido de usted, no sin antes dejarle un cordial saludo y esperando su pronta respuesta. Quedo con usted como su atento y seguro servidor.

Aterramente

M.Psi. Frank Pulido Criollo

Profesor de la Universidad del Papaloapan

Teléfono (287) 87 5 92 40 ext. 220



CECyTE  
PLANTEL  
"VALLE NACIONAL"  
20 ETC. 0011 Z  
SAN JUAN BAPTISTA  
VALLE NACIONAL  
OAXACA

Vargas R

2/05/2017

Anexo VI: Consentimiento informado

**CARTA DE CONSENTIMIENTO**

Hola mi nombre es Diego Pérez Pérez y soy egresado de la universidad del Papaloapan, campus Tuxtepec. Actualmente estoy realizando mi tesis para obtener el grado de licenciado en enfermería y para ello quiero pedirte que me apoyes, tu participación en el estudio que consistiría en la permanencia y asistencia al taller.

**Procedimiento:** En un aula cerrada pasarás y colocarás del condón para que yo pueda observar la habilidad que tienes para poner un condón, lo anterior será documentado con una cámara de video, se te proporcionara el material que utilizaras en dicha actividad.

Tu participación en el estudio es voluntaria, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema. Toda la información que proporcionas me ayudará a conocer la habilidad que tienes al colocar un condón.

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

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

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

Sí quiero participar

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

Nombre y firma de la persona que obtiene el consentimiento:  
\_\_\_\_\_

Fecha: a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Observaciones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_