Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Vicerrectoría de Investigación y Estudios de Posgrado
Facultad de Enfermería

Tesina

Autoeficacia del adolescente para prevenir el virus de inmunodeficiencia humana: estudio comparativo

Presenta:

Silvia Vianey Reyes López

Director de tesisna:

DCE. María de los Ángeles Meneses Tirado

Para obtener el grado de:

Maestría en Enfermería

12 de noviembre del 2020

Tabla de contenido

Capítulo 1 Página

Introducción

1.1 Planteamiento del problema 1

1.2 Pregunta de investigación 3

1.3 Marco teórico 3

1.3.1 Ubicación del problema de investigación en la teoría 5

1.3.2 Estructura conceptual teórico empírica 6

1.4 Estudios relacionados 7

1.5 Definición operacional 11

1.6 Objetivo general 12

1.6.1 Objetivos específicos 12

Capitulo II

Metodología

2.1 Diseño de estudio 13

2.2 Población y muestra 13

2.3 Criterios de selección 13

2.3.1 Criterios de inclusión 13

2.3.2 Criterios de exclusión 13

2.3.3 Criterios de eliminación 13

2.4 Instrumentos de medición 14

2.5 Procedimiento de recolección de datos 15

2.6 Ética del estudio 16

2.7 Plan de análisis estadístico 17

2.8 Resultados de prueba piloto 18

2.8.1 Características sociodemográficas 18

2.8.2 Confiabilidad del instrumento 21

2.8.3 Prueba de normalidad 22

2.9 Conclusión 23

2.10 Limitaciones 23

2.11Recomendaciones 23

Capítulo I

Introducción

1.1. Planteamiento del problema

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es la segunda causa de muerte en el mundo, especialmente en jóvenes de 15 a 19 años, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2019), afirma que cada hora 30 adolescentes contraen el VIH y 1.8 millones son portadores. En América Latina y el Caribe, se estiman 115 000 personas de 15 a 24 años con VIH y 39,700 son casos nuevos de jóvenes infectados (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], 2019).

En México, el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida (CENSIDA, 2018) reportó un total de 75,481 personas con VIH en 2018, resalta el centro y sur del país con la mayor cantidad de casos de VIH entre adolescentes, particularmente, el estado de Puebla ocupa el séptimo lugar en el registro de personas diagnosticadas, con un total de 4,216 casos, de los que 1,259 son jóvenes entre 15 y 24 años de edad. Este problema afecta tanto a zonas rurales como urbanas, para el primer caso, en la ciudad de Puebla el .97% de la población vive esta condición de salud, mientras que, para el segundo, en San Salvador el Seco el .10% de la población se encuentra diagnosticada con VIH, y la principal vía de transmisión en ambos géneros es la sexual (Secretaria de Salud [SS], 2018).

La literatura señala, que los adolescentes son una población vulnerable por lo que sugieren indagar sobre la variable cognitiva autoeficacia percibida para la prevención del VIH debido a que funciona como factor protector ante conductas sexuales de riesgo (Orcasita, Mosquera, & Carrillo, 2017; Castillo, Ramirez, Silva, Caballero, & Arrieta, 2017). Esta variable cognitiva es influenciada negativamente por factores como el inicio de vida sexual a temprana edad

(Sznitman et al., 2011), que en contextos rurales y urbanos ocurre entre los 17.5 y 17.7 años respectivamente (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2016). En este sentido, se sabe de conductas que influyen positivamente en la autoeficacia percibida del adolescente para la prevención del VIH como: el uso constante del condón y la frecuencia para negarse a tener relaciones sexuales que han mostrado diferencia a partir del contexto del adolescente (Angarita, Piñeros, Murcia & Calderón, 2020).

Se han realizado estudios sobre conocimientos, actitudes, asertividad sexual, y autoeficacia en el uso del preservativo, (Osorio, Álvarez, Hernández, Sánchez y Muñoz, 2017; Uribe, Bahamón, Reyes, Trejo y Alarcón, 2017), sin embargo, la autoeficacia percibida del adolescente para la prevención del VIH desde un enfoque comparativo de contextos no ha sido explorado a través de la disciplina de enfermería, aun cuando se conoce la desigualdad en las condiciones socioeconómicas, académicas y de salud, que generan desventaja en la prevención de dicha infección (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019).

Debido a que el VIH en adolescentes representa un problema de salud pública, es necesario profundizar en la autoeficacia para su prevención, de manera que este estudio permitirá identificar los principales comportamientos sexuales de riesgo involucrados en la infección por VIH a partir del contexto rural o urbano, para enseguida guiar acciones preventivas en salud de acuerdo al entorno y contribuir al bienestar de este grupo poblacional.

En este sentido, el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola J. Pender (2015), tiene relevancia en el abordaje de fenómenos de salud relacionados al comportamiento de la persona y será el marco para analizar, describir y conocer las experiencias individuales, así como el nivel de autoeficacia percibida del adolescente para prevenir el VIH desde un punto de vista comparativo entre el contexto rural y urbano.

Por lo que este proyecto, además de realizarse por primera vez de forma comparativa y bajo el un marco teórico de enfermería, considera lo establecido en los Objetivo de Desarrollo Sostenible particularmente el tres, enfocado a enfermedades transmisibles como el VIH, los riesgos en la salud sexual de los adolescentes y la reducción de desigualdades que afectan a la población. Finalmente, aportará datos para el desarrollo de técnicas innovadoras e intervenciones dirigidas al comportamiento, lo cual permitirá actualizar y reforzar programas educativos en salud dirigidos a la autoeficacia del adolescente en los diferentes niveles de atención, para contribuir en la reducción del número de infecciones por VIH y los gastos en salud. Por lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de autoeficacia percibida para la prevención del VIH en los adolescentes de contexto rural en comparación al contexto urbano?

1.3 Marco teórico

El Modelo de Promoción de la Salud (Pender et al., 2015), será el marco de referencia para explicar el fenómeno de estudio desde una perspectiva conductual. Se basa en la teoría de Acción razonada (Ajzen y Fishben, 1975), que señala como determinante de la conducta, la intención del individuo para realizar una acción; de la teoría de acción planeada, que afirma que las personas tienen mayor probabilidad de desarrollar una acción cuando tienen seguridad y control, y de la teoría Social Cognitiva (Bandura, 1999), la autoeficacia de la persona interviene en el logro y mantenimiento de la conducta o comportamiento.

En este sentido, la influencia de la conducta previa relacionada genera conocimiento y afecta de manera directa en el comportamiento e indirectamente en la salud, así la interacción de los factores biológicos, psicológicos y socioculturales con los procesos cognitivos, estimulan conductas promotoras de salud (Barragán, Hernández, Flores & Vargas, 2017).

El MPS incluye tres constructos básicos, características y experiencias individuales que se refieren a la conducta previa relacionada y los factores personales (biológicos, psicológicos y socioculturales); las cogniciones que incluyen beneficios, barreras y autoeficacia percibida para la acción, y afectos relacionados a la actividad como influencias interpersonales y situacionales, compromiso con un plan de acción, demandas inmediatas y preferencias; y la conducta promotora de salud como resultado.

El constructo de características y experiencias individuales, señala las particularidades que hacen único al ser humano, mientras que, la conducta previa relacionada, se refiere a las experiencias previas y su influencia para ejecutar una conducta, los factores biológicos (edad y sexo), psicológicos (salud percibida) y socioculturales (raza y nivel educativo) intervienen en la conducta generadora de salud.

Las cogniciones y afectos, son el punto central donde intervienen los profesionales de enfermería para modificar la conducta promotora de salud; se divide en dos categorías, la primera, incluye beneficios y barreras para la acción, autoeficacia percibida y afecto relacionado con la actividad; la segunda categoría hace referencia a las influencias interpersonales (normas, apoyos, modelos) y situacionales.

De la primera categoría la autoeficacia percibida es definida como la capacidad de organizar y ejecutar una conducta promotora de salud (Pender et al., 2015), como proposición teórica, la autoeficacia para ejecutar un comportamiento aumenta el compromiso con la acción y el comportamiento, de modo que al ejecutar conductas responsables la persona alcanza un nivel de bienestar.

El último constructo se refiere al resultado conductual que incluye demandas y preferencias, el compromiso en un plan de acción y la conducta promotora de salud, como resultado de las acciones que generan bienestar en la persona.

La figura 1, contiene los constructos y los conceptos que integran el modelo.

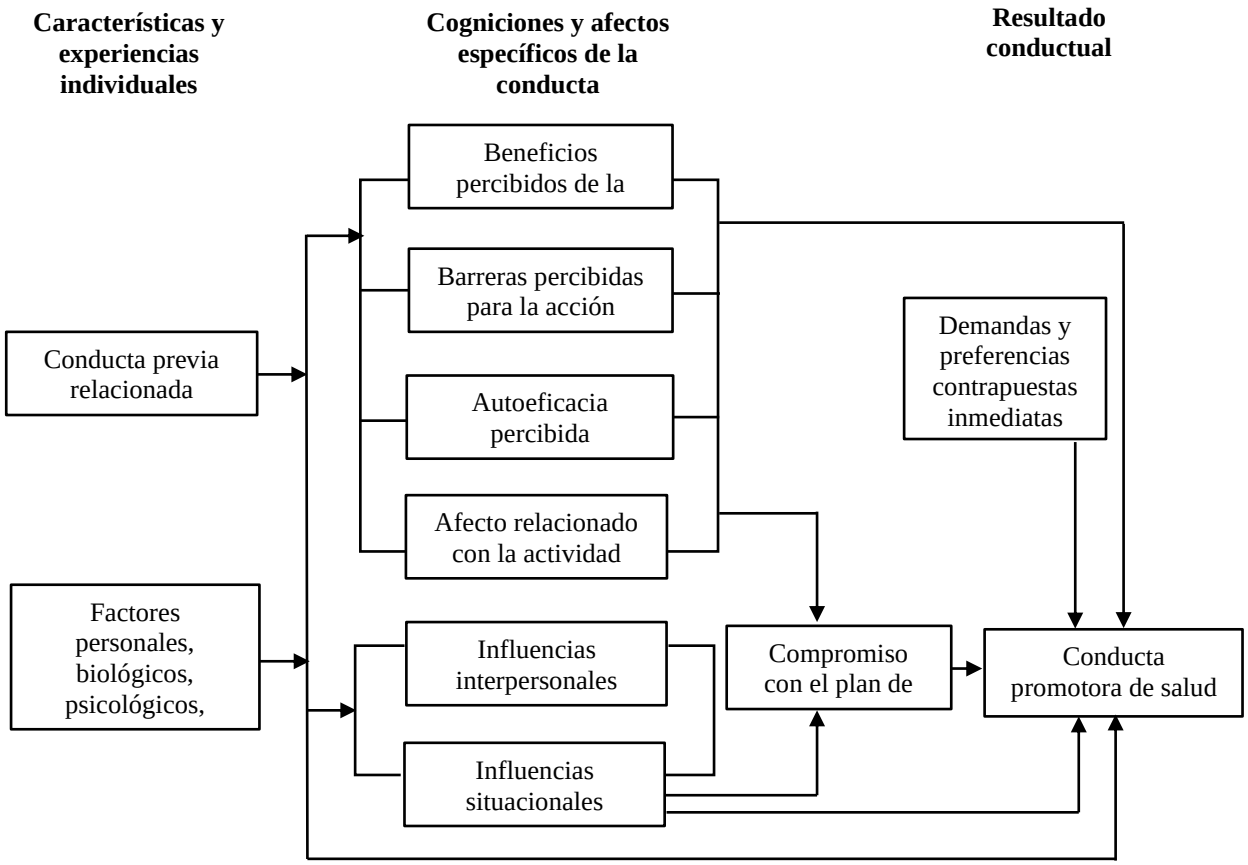


Figura 1. Modelo de promoción de la salud (Pender, 2015).

1.3.1 Ubicación del problema de investigación en la teoría

Para este proyecto, se tomara del primer constructo características y experiencias individuales que hace referencia a la conducta previa relacionada como la experiencia sexual previa, en donde se ubica la edad en que el adolescente inició su vida sexual, el número de parejas con las que ha tenido relaciones sexuales, si ha utilizado condón y la frecuencia con la que se ha negado a tener sexo, estos datos son importantes debido a que el comportamiento del adolescente influye dependiendo la experiencia previa; dentro de los factores personales se sitúa la variable sexo como característica biológica que define al individuo como hombre o mujer, es

importante ubicar esta variable debido a su relevancia en los patrones de conducta sexual entre hombres y mujeres; en los factores socioculturales se ubica el contexto en el que vive el adolescente dada la situación de desigualdad académica, socioeconómica y de salud que influyen sobre las cogniciones y afectos específicos como la autoeficacia del adolescente para prevenir el VIH, (ver figura 2).

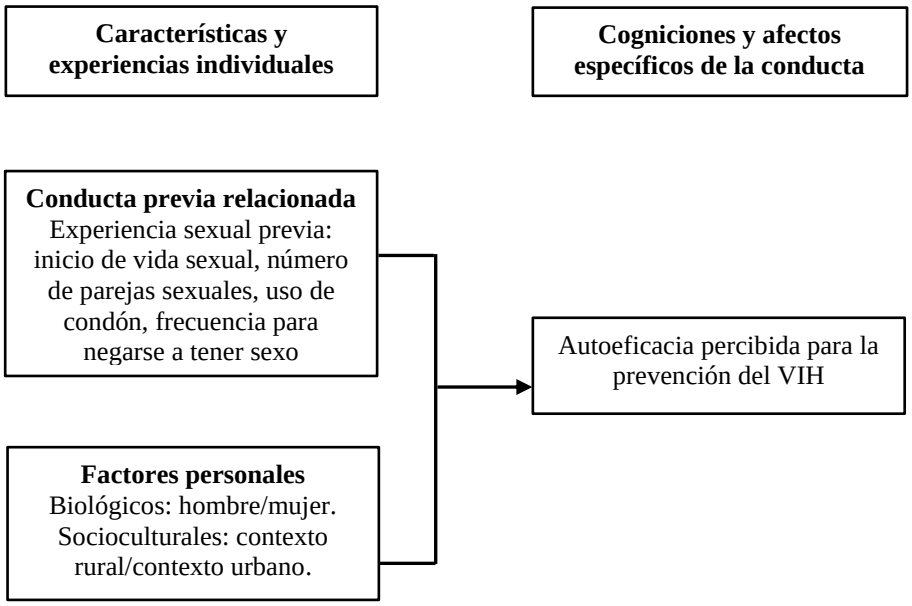


Figura 2. Ubicación de la autoeficacia percibida para prevenir el VIH dentro del Modelo de Promoción de la Salud.

1.3.2 Estructura conceptual teórico empírica

La estructura conceptual teórico empírica, se derivó de los dos constructos del MPS características y experiencias individuales, en el cual se identificará la conducta previa relacionada (experiencia sexual previa: inicio de vida sexual, uso del condón en el pasado y frecuencia para negarse a tener sexo), como factores principales que influyen en la autoeficacia para la prevención de VIH, estos datos se indagarán en la cedula de datos personales.

De los factores personales biológicos, se tomará el sexo debido a las diferencias de comportamiento entre hombres y mujeres; de los factores socioculturales, el contexto ya sea rural o urbano, estos se obtendrán con una cedula de datos personales; del constructo cogniciones y afectos, la autoeficacia percibida que se medirá con la escala de autoeficacia para la prevención del SIDA-SEA-27 (López & Moral, 2001).

En la figura 3, se muestra la derivación conceptual teórico empírica del Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender.

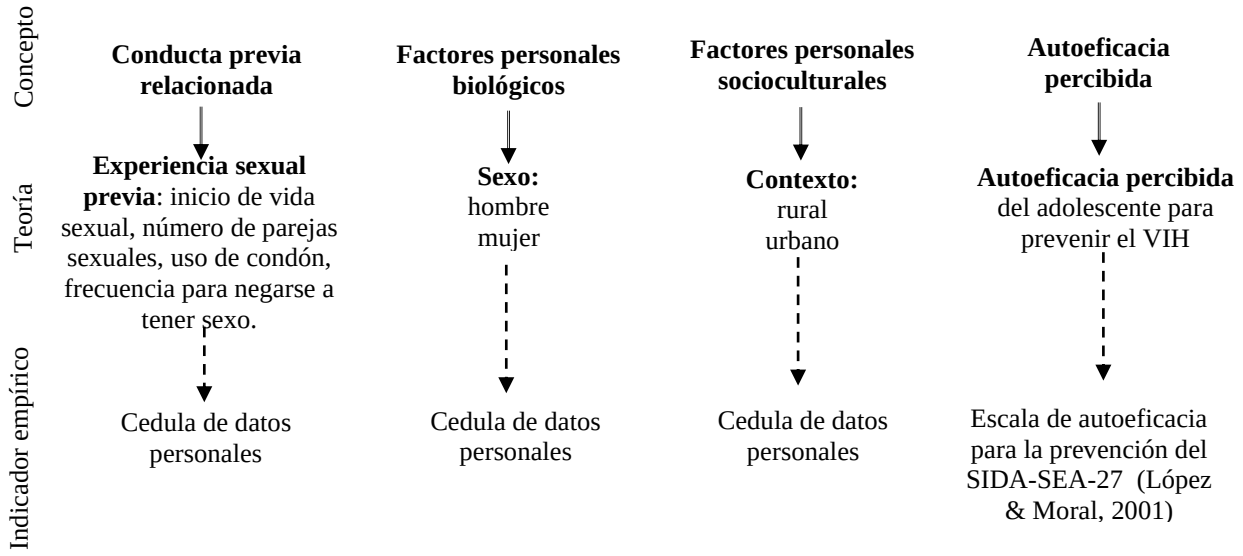


Figura 3. Estructura Conceptual Teórico Empírica: contiene en el nivel más abstracto los constructos del MPS, en el siguiente nivel los conceptos de experiencia sexual previa, sexo, contexto y autoeficacia percibida que serán evaluados de manera empírica y el nivel más concreto contiene los indicadores empíricos para la medición de cada uno de los conceptos incluidos.

1.4 Estudios relacionados

Autoeficacia percibida, contexto rural

Awotidebe, Phillips y Lens (2014), realizaron un estudio transversal, descriptivo y comparativo en 430 adolescentes de escuelas rurales de Sudáfrica, con el objetivo de medir la autoeficacia para prevenir el VIH y la capacidad para negarse a tener relaciones sexuales. En los

resultados, el 47.4% de los participantes fueron hombres y 52.6% mujeres, con respecto a la autoeficacia para prevenir el VIH fue menor en los hombres ($\bar{X}$=3.25, *DE*=1.22) que en las mujeres ($\bar{X}$=*3.55*, *DE*=1.24; *p*<.02) y la capacidad para negarse a tener sexo resultó mayor en mujeres ($\bar{X}$=3.54, *DE*=0.86) que en hombres *(*$\bar{X}$=3.23, *DE*=0.77;*p*<.001). Se determina que las mujeres adolescentes de áreas rurales muestran mayor autoeficacia para prevenir el VIH y capacidad para negarse a tener sexo que los hombres.

Chambers et. al (2018), realizaron un estudio transversal, descriptivo y comparativo en adolescentes de comunidades rurales de Estados Unidos para identificar la autoeficacia para prevenir el VIH y experiencia sexual en la intención del uso del condón. El 56% fueron mujeres y el 44% hombres, las mujeres reportaron mayor autoeficacia para prevenir el VIH en comparación con los hombres (4.47 *vs* 4.04; *p*<.0001), los adolescentes sin experiencia sexual informaron mayor autoeficacia en la intención del uso del condón que los jóvenes con experiencia sexual (4.36 *vs* 4.00; *p*<.0001). Se concluye, que las mujeres tienen mayor autoeficacia para prevenir el VIH que los hombres y que los adolescentes sin experiencia sexual presentan mayor autoeficacia en la intención del uso del condón que los que ya tienen experiencia sexual.

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

autoeficacia para prevenir el VIH que los hombres y de la misma los sexualmente activos tienen menor probabilidad de autoeficacia para evitar el contagio por VIH.

Autoeficacia percibida, contexto urbano

Ríos (2016), realizó una investigación transversal y descriptiva, para para evaluar la autoeficacia para evitar el riesgo de contagio del VIH en 254 estudiantes de 15 a 19 años de un área urbana de Perú. En los resultados, la muestra se integró por 45.2% hombres y 54.8% mujeres, en los hombres predominó el nivel bajo de autoeficacia para evitar el riesgo de contagio de VIH con un 31.6%, mientras que en las mujeres imperó el nivel alto de autoeficacia con el 40%; en cuanto al nivel de autoeficacia para preguntar al compañero sobre relaciones sexuales anteriores para el género masculino fue muy bajo con un 33.3% mientras que para el femenino fue nivel bajo con un 28.5%.Los hallazgos de estos resultados muestran que las mujeres presenta mayor autoeficacia para la prevención del VIH que los hombres.

Castillo et al. (2017), realizaron un estudio transversal y descriptivo, con el objetivo de evaluar la autoeficacia frente a la infección por VIH y el uso de condón con una muestra de 567 adolescentes de una zona urbana de Cartagena. En los resultados, el 64.7% fueron mujeres y el 35.3% hombres, en cuanto a la autoeficacia frente a la infección por VIH el 49.5% de los adolescentes mostró baja autoeficacia y el 50.4% un alto nivel de autoeficacia; en cuanto al uso del condón el 69.4% de los adolescentes mostró baja autoeficacia para usar condón si deciden tener relaciones sexuales. Se concluye que un número considerable de adolescentes tiene baja autoeficacia frente a la infección por VIH y más de la mitad en el uso de condón.

Osorio et al. (2017), realizaron una investigación transversal y descriptiva con el objetivo de medir la autoeficacia para prevenir el VIH en 400 jóvenes de una zona urbana de Guerrero. En los resultados, participaron 50% mujeres y 50% hombres, en cuanto a la autoeficacia para la prevención del VIH el 1.8% de los participantes reportó un nivel muy bajo, el 26% un nivel bajo,

el 39% un nivel alto y el 21.3% un nivel muy alto de autoeficacia. Concluyeron que la mayoría de los adolescentes, tienen un nivel bajo de autoeficacia y con ello el riesgo de contraer VIH/Sida.

Orcasita, Mosquera y Carrillo (2018), desarrollaron una investigación transversal y descriptiva para comparar el nivel de autoeficacia en la prevención del VIH a partir de la autoeficacia en decir no a las relaciones sexuales, conductas de riesgo y uso del condón. Participaron 133 adolescentes, 35.3% hombres y 64.7% mujeres de una zona urbana de Cali. Demostraron que la autoeficacia en decir no a las relaciones sexuales para los hombres fue de $\bar{X}$=31.9 y $\bar{X}$=41.2 en mujeres con una p<.001, en cuanto a la autoeficacia para preguntar sobre conductas de riesgo a su compañero los hombres reportaron $\bar{X}$=15.4 y las mujeres $\bar{X}$=15.8 con una P=.639 y la autoeficacia en el uso del condón fue de $\bar{X}$=34.6 en hombres y $\bar{X}$=39.2 en mujeres. En conclusión, las mujeres tienen un mayor nivel de autoeficacia en la prevención del VIH que los hombres.

Uribe, Bahamón, Reyes, Trejos y Alarcón (2017), realizaron una investigación transversal, descriptiva y correlacional en 631 adolescentes de zonas urbanas de Colombia para medir la percepción de autoeficacia frente al VIH y el uso del condón en las relaciones sexuales. En los resultados, participaron 59% mujeres y 41%hombres, los hombres mostraron correlación positiva entre la frecuencia de uso del condón y la percepción de autoeficacia frente al VIH (r=462, p<.01) y una correlación negativa en el rechazo del uso del preservativo y la percepción de autoeficacia (r=-317, p<.01). Mientras que las mujeres mostraron una correlación positiva en la frecuencia del uso del condón y la autoeficacia frente al VIH (r=372, p<.0). Los hallazgos muestran una correlación positiva entre la percepción de autoeficacia frente al VIH y el uso de preservativo tanto para hombres como para mujeres.

Carrillo, Notario, Ángel y García (2018), realizaron una investigación transversal y descriptiva con 137 adolescentes en México para conocer la autoeficacia en la prevención de VIH/SIDA. Participaron 52.2% hombres y 47.4% mujeres, el 44.5% obtuvo un nivel medio de autoeficacia en la prevención de VIH/sida, 45.3% nivel medio de autoeficacia en el uso correcto del preservativo, 32.8% nivel alto de autoeficacia para negarse a relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias y 73% un nivel muy bajo de autoeficacia en preguntar sobre las relaciones sexuales anteriores y conductas de riesgo. Concluyeron, que los adolescentes tienen un nivel bajo de autoeficacia, indagar más sobre los factores intervinientes para evitar contagios y considerar diferencias de género al aplicar del instrumento.

Síntesis de literatura. Los adolescentes tanto de contexto rural como urbano son un grupo vulnerable para contraer VIH debido a la baja autoeficacia. Factores como la capacidad para negarse a tener sexo, el uso del condón, la vida sexual activa y la experiencia sexual influyen en el comportamiento sexual; los estudios evidencian que en el contexto rural y urbano prevalece una baja autoeficacia de los adolescentes para prevenir el VIH y se ocluye que la autoeficacia percibida es una variable cognitiva muy importante que funciona como factor protector frente al VIH.

1.5 Definición operacional

Experiencia sexual previa, corresponderá a un conjunto de conductas previas del adolescente como la edad a la que tuvo por primera vez relaciones sexuales mencionando el número de parejas sexuales que ha tenido hasta el momento del estudio, así como el uso de condón y la frecuencia con la que se negó a tener relaciones sexuales durante los últimos tres meses.

Sexo, se referirá a las características biológicas que definen a los seres humanos. Hombre: será la verbalización del adolescente dependiendo sus características biológicas correspondientes

al sexo masculino; mujer: expresión del adolescente dependiendo características biológicas que la ubiquen como femenino.

La autoeficacia percibida del adolescente para la prevención del VIH, son las actitudes sexuales del adolescente que considera de riesgo para adquirir la infección por VIH.

1.6 Objetivo general

Comparar el nivel de autoeficacia percibida para la prevención del VIH en adolescentes de contexto rural y urbano de Puebla.

1.6.1 Objetivos específicos

Describir las características sociodemográficas de los adolescentes de contexto rural y urbano.

Comparar la experiencia sexual previa (edad de inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, uso del condón en el pasado y frecuencia para negarse a tener sexo) de los adolescentes por contexto rural/urbano.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describirá el diseño del estudio, la población, la muestra, los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, los instrumentos de medición, el procedimiento de recolección de datos, así como la ética de estudio y el plan de análisis estadístico.

2.1 Diseño del estudio

Corresponde a un estudio transversal, descriptivo y comparativo (Grove, Burns, & Gray, 2013), transversal debido a que los datos se recolectarán en un solo momento, descriptivo porque permitirá conocer la población de estudio y comparativo, porque mostrará la diferencia del nivel de autoeficacia percibida del adolescente para la prevención del VIH de contexto rural y urbano.

2.2 Población y muestra

La población de estudio serán adolescentes de una preparatoria de contexto rural y otra de contexto urbano, se utilizará un muestreo no probabilístico por conveniencia a través de preguntas filtro al momento de la recolección de los datos hasta completar la muestra.

El cálculo de la muestra, se realizó con el paquete N-Query Advisor con una significancia de .5% y un poder estadístico del 95%, para una muestra final de 161 adolescentes del contexto rural y 161 del urbano.

2.3 Criterios de selección

2.3.1 Criterios de inclusión. Adolescentes de 15 a 19 años, ambos sexos, con vida sexual activa, residentes de contexto rural o urbano de Puebla.

2.3.2 Criterios de exclusión. Adolescentes que informaron ser VIH positivo.

2.3.3 Criterios de eliminación. Adolescentes que decidan retirarse del estudio y/o que no completen el instrumento.

2.4 Instrumentos de medición

Cedula de datos personales. Para recabar información sobre edad, lugar de residencia, sexo, ocupación, estado civil, edad de la primera relación sexual, número de parejas sexuales, uso de condón y frecuencia para negarse a tener sexo (Apéndice D).

***Escala de autoeficacia para la prevención del VIH*.** Esta escala de autoeficacia para la prevención del SIDA-SEA-27 (López y Moral, 2001), contiene cuatro apartados, el primero de 11 ítems (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10 y A11) evalúa la capacidad para decir no a las relaciones sexuales bajo diferentes circunstancias un ejemplo es: ¿qué tan seguro estás de ser capaz de decir no a alguien conocido hace 30 días o menos, cuando te propone tener relaciones sexuales?.

El segundo, de cuatro reactivos (B1, B2, B3 y B4), mide la capacidad para preguntar al compañero sobre relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo, un ejemplo es: ¿qué tan seguro estas de ser capaz de decir no, cundo te propone tener relaciones sexuales alguien con quien has estado bebiendo alcohol?. El tercero contiene ocho ítems (C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7 y C8), sobre el uso de preservativo, un ejemplo es: ¿qué tan seguro estás de ser capaz de usar correctamente un condón? Y el cuarto integra preguntas sobre el matrimonio, la fidelidad y hablar de las relaciones sexuales con los padres (C9, C10, C11 y C12).

Con opción de respuesta tipo Likert: 1=nada seguro, 2=algo seguro, 3=medio seguro, 4=muy seguro y 5=totalmente seguro. La puntuación va de 27 a 135 y debe transformarse en índices para identificar el nivel correspondiente. Es decir, un nivel muy bajo de autoeficacia abarca de 27-48, el nivel bajo de 49-71, el nivel medio de 72-94, el nivel alto de 95-117 y el nivel muy alto de 118-135 puntos. La escala se ha aplicado en población mexicana y ha obtenido un alfa de Cronbach de .89, (Apéndice E).

2.5 Procedimiento de recolección de datos

Inicialmente se obtendrá la aprobación del comité de investigación de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, en seguida se acudirá a las preparatorias de contexto rural y urbano, en donde previa explicación a los directivos sobre el proyecto de investigación, se solicitará el listado por grado y grupo, posteriormente, de manera individual se abordara a los adolescentes conforme al listado para aplicar preguntas filtro e identificar su posible participación, después de cumplir con los criterios de inclusión se explicará el objetivo del estudio, con énfasis en asegurar el anonimato y la libertad de retirarse en el momento que lo deseen, si aceptan participar en el estudio se otorgará el consentimiento informado para la firma del padre/tutor y se acudirá al día siguiente a recogerlos.

Una vez obtenida la autorización del padre/tutor, se pedirá al adolescente que firme el asentimiento informado y se ubicará a los participantes en un espacio privado sin desplazarse del plantel educativo donde la investigadora leerá la cedula de datos personales y la escala de autoeficacia para prevenir el VIH para su llenado, en el caso de adolescentes mayores de edad, solo firmarán el consentimiento informado y en ese momento, contestarán la escala con guía de la investigadora, conservando la privacidad con énfasis en el objetivo del estudio, así como la importancia de contestar todas las preguntas de manera verídica; una vez contestados los instrumentos, se asignará un número de folio y se guardarán en una caja sellada bajo la responsabilidad de la investigadora, se agradecerá la participación y se otorgará un presente por contribuir en el estudio (Apéndice C).

2.6 Ética del estudio

El presente proyecto, se apega al Reglamento de la Ley General de Salud (2018), la cual establece el desarrollo de investigación científica en materia de salud encaminada a la prevención y control de enfermedades transmisibles prioritarias para la población (artículo 2 ,3 y 96), donde se establecen los criterios éticos para garantizar el bienestar y la dignidad de los participantes, en este caso los adolescentes (Articulo 13).

Una vez explicados los objetivos de la investigación los participantes tendrán la libertad de participar o no en el proyecto con previa aprobación del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Benemérita universidad Autónoma de Puebla (Articulo 14). La confidencialidad en el manejo de la información, será manejada únicamente por la investigadora, quien asegura el anonimato al asignar número de folio a los instrumentos (Articulo 16).

Los participantes firmarán el consentimiento y asentimiento informado (Apéndice A y B) y podrán retirarse de la investigación en el momento que lo decidan (Articulo 20), conocerán el objetivo, así como los riesgos y beneficios del estudio y se enfatizará en que los resultados obtenidos únicamente tendrán fines académicos y de investigación, además que el proyecto cuenta con la autorización de un comité de ética (Articulo 21 y 22).

Finalmente, el capítulo 5.8 de la Norma Oficial Mexicana [NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad], señala que la población adolescente menor de edad en quien se realicen procedimientos que vulneren la integridad, será bajo previo consentimiento informado y el capítulo 6.6.4, establece que el personal de salud debe promover la prevención del VIH y asegurar proporcionar información basada en evidencia científica.

2.7 Plan de análisis estadístico

La información obtenida será procesada en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23 para Windows. Se utilizará estadística descriptiva e inferencial para representar los datos personales del adolescente de acuerdo al contexto rural y urbano, así como la variable autoeficacia percibida del adolescente para la prevención del VIH.

Enseguida, se obtendrá la consistencia interna del instrumento Autoeficacia del adolescente para la prevención del VIH mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, posteriormente, un índice general y por dimensiones. Los datos obtenidos de la variable autoeficacia del adolescente para la prevención del VIH se someterán a la prueba de Kolmogorov-Smirnov, si el valor de $p=>.05$ se utilizará el estadístico t de student para muestras independientes, si el valor de $p=<.05$ se empleará el estadístico U de Mann Whitney.

Para el primer objetivo específico que busca describir las características sociodemográficas de los adolescentes de contexto rural /urbano, se emplean medidas de tendencia central como media, desviación estándar, porcentajes, rangos mínimos y máximos.

Para comparar la experiencia sexual previa (inicio de vida sexual, número de parejas sexuales en su vida, uso del condón en el pasado y frecuencia para negarse a tener sexo) de los adolescentes por lugar de residencia se utilizan medidas de tendencia central, media, desviación estándar, porcentajes, rangos mínimos y máximos

Finalmente, para el objetivo general que plantea comparar el nivel de autoeficacia percibida para la prevención del VIH en adolescentes de contexto rural y urbano de Puebla; se utiliza la prueba T de student si la prueba es paramétrica o U de Mann Whitney si es no paramétrica.

2.8 Resultados de prueba piloto

En este apartado, se muestra el análisis de los datos obtenidos. Primero se presenta la estadística descriptiva que incluye medidas de tendencia central para los datos de identificación personal de los participantes. Enseguida se presenta la confiabilidad interna del instrumento, la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y los resultados de la estadística inferencial.

2.8.1 Características sociodemográficas

La muestra se integró por 60 adolescentes, 50% de contexto rural y 50% de contexto urbano. Del contexto rural, participaron 60% del sexo masculino y 40 % del sexo femenino, mientras que del contexto urbano 56.6% de sexo masculino y 43.3% del sexo femenino. En cuanto a la ocupación, 40% de los participantes de contexto rural estudia y trabaja y 93.3% de los adolescentes de contexto urbano solo estudia; respecto al estado civil, 93.3% y 86.7% de los adolescentes son solteros en el contexto rural y urbano respectivamente. Ver tabla 1.

Tabla 1

Datos personales

Variable		Contexto rural		Contexto urbano	
		f	*%*	*f*	*%*
Sexo	Hombre	18	60	17	56.6
	Mujer	12	40	13	43.3
Ocupación	Estudio	18	60	28	93.3
	Estudio y trabajo	12	40	2	6.6
Estado civil	Soltero	28	93.3	54	86.7
	Casado	0	0	0	0
	Unión libre	0	0	1	3.3
	Otro	2	6.7	3	10

Nota: n = 30 contexto rural; *n* = 30 contexto urbano; *f* = frecuencia; *%* = porcentaje

En cuanto a la edad reportada, fue de 17 a 19 años en participantes de contexto rural ($\bar{X}$=17.10, *DE*=.40), y de 16 a 18 años en los de contexto urbano ($\bar{X}$=17, *DE*=.37). Mientras que el inicio de vida sexual, ocurrió entre los 14 y 18 años en los adolescentes de contexto rural ($\bar{X}$= 16.03, *DE*= *.92*), en el contexto urbano los adolescentes iniciaron vida su vida sexual entre los 12 y 17 años ($\bar{X}$= *1*5.47, *DE*=1.30). Ver tabla 2.

Tabla 2

Datos personales

	Contexto rural				Contexto urbano			
	$\bar{X}$	*DE*	*Min*	*Max*	$\bar{X}$	*DE*	*Min*	*Max*
Edad	17.10	.40	17	19	17	.37	16	18
Inicio de vida sexual	16.03	.92	14	18	15.47	1.30	12	17

Nota: *n* = 30 contexto rural; *n* = 30 contexto urbano; *M* = media; *DE* = desviación estándar; *Min* = mínimo; *Max* =máximo

Respecto al número de parejas sexuales, 70% y 60% de los adolescentes del contexto rural y urbano respectivamente, señalo una pareja sexual en su vida. Ver tabla 3.

Tabla 3

Número de parejas sexuales

		Contexto rural		Contexto urbano	
		F	*%*	*F*	*%*
Número de parejas sexuales	Una	21	70	18	60
	Dos	4	13.3	7	23.3
	Tres	3	10	2	6.6
	Cuatro o más	2	6.6	3	10

Nota: *n* = 30 contexto rural; *n* = 30 contexto urbano; *f* = frecuencia; *%* = porcentaje

En relación a la frecuencia del uso de condón en los últimos tres meses, 33.3% de los adolescentes del contexto rural contestó algunas veces y 56.7% del contexto urbano contestó siempre. Ver tabla 4.

Tabla 4

Frecuencia de uso del condón en los últimos tres meses

		Contexto rural		Contexto urbano	
		f	%	*f*	%
Frecuencia de uso del condón	Siempre	7	23.3	17	56.7
	Casi siempre	6	20	5	16.7
	Algunas veces	10	33.3	5	16.7
	Rara vez	4	13.3	1	3.3
	Nunca	3	10	2	6.7

Nota: *n* =30 contexto rural; *n*=30 contexto urbano; *f*=frecuencia; %=porcentaje

Al evaluar la frecuencia para rechazar las relaciones sexuales, el 43.4% de los adolescentes del contexto rural contestó rara vez, mientras que del contexto urbano el 36.7% contestó nunca. Ver tabla 5.

Tabla 5

Frecuencia para rechazar las relaciones sexuales

		Contexto rural		Contexto urbano	
		f	%	*f*	%
Frecuencia para rechazar las relaciones sexuales	Siempre	1	3.3	2	6.7
	Casi siempre	1	3.3	3	10
	Algunas veces	8	26.7	10	33.3
	Rara vez	13	43.4	4	13.3
	Nunca	7	23.3	11	36.7

Nota: *n* = 30 contexto rural; *n* =30 contexto urbano; *f* = frecuencia; % = porcentaje

2.8.2 Confiabilidad del instrumento

Para conocer la confiabilidad del instrumento de autoeficacia para la prevención del VIH/sida se calculó el Alpha de Cronbach con un resultado de .91, es decir, aceptable para medir la variable para la cual fue diseñado (Pólit y Beck, 2018). Ver tabla 6.

Tabla 6

Confiabilidad del instrumento

Instrumento	*Ítems*	α
Escala de autoeficacia para la prevención del SIDA-SEA-27	27	.91

Nota: α = Alpha de Cronbach

Así también, se presenta la confiabilidad por subescalas con resultados de α=.77, α=.83 y α=.93, lo que significa que las subescalas tienen una confiabilidad aceptable (Pólit y Beck, 2018). Ver tabla 7.

Tabla 7

Confiabilidad del instrumento por subescalas

Subescalas	*Ítems*	A
Capacidad de decir no a las relaciones bajo diferentes circunstancias	*1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11*	*.93*
Capacidad para preguntar al compañero sobre relaciones sexuales anteriores	*12,13,14,15*	*.83*
Autoeficacia para conseguir y usar condón	*16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27*	*.77*

Nota: α = Alpha de Cronbach

2.8.3 Prueba de normalidad

Para determinar la normalidad de la variable autoeficacia para prevenir el VIH, se utilizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov, donde la variable no mostró normalidad ($p<.05$). Ver tabla 8.

Tabla 8

Prueba de normalidad de ajuste de Kolmogórov-Smirnov

Instrumento	*Ítems*	*KS*	*p*
Escala de autoeficacia para la prevención del SIDA-SEA-27	27	.12	.01

Nota: KS = Kolmogórov-Smirnov*; p* = significancia estadística

Al realizar la comparación de autoeficacia del adolescente para la prevención del VIH se evidencia que no existe diferencia entre el nivel de autoeficacia de los adolescentes del contexto rural y urbano. Ver tabla 9.

Tabla 9

Autoeficacia para la prevención del VIH

Contexto rural		Contexto urbano			
$\bar{X}$	*DE*	$\bar{X}$	*DE*	*u*	*p*
31.27	.40	29.73	.37	427	-.340

Nota: *n* = 30 contexto rural; *n* = 30 contexto urbano; *M* = media; *DE* = desviación estándar; *U* = U de Mann-Whitney; *P* = Significancia

2.9 Conclusión

El estudio piloto se centró en conocer la percepción de la autoeficacia del adolescente para prevenir el VIH desde un contexto rural y urbano incluyendo la experiencia sexual previa mostrando que el inicio de vida sexual es más precoz en los adolescentes de contexto urbano, los adolescentes de contexto rural utilizan menos el preservativo y en general la mayoría de los adolescentes entrevistados mencionaron no rechazar las relaciones sexuales; en cuanto a la autoeficacia del adolescente para prevenir el VIH de contexto rural y urbano se evidencio que no existe diferencia .

2.10 Limitaciones

El diseño transversal y descriptivo limita identificar la relación con otras variables, el criterio de inclusión inicio de vida sexual limitó el acceso a la población debido a que solo el 30% había iniciado vida sexual, excluir a participantes que tienen relaciones con el mismo sexo o incluirlos puede ocasionar sesgo en la investigación, no se pueden generalizar los resultados hasta probarse en otras comunidades.

2.11 Recomendaciones

Realizar estudios comparativos de autoeficacia para la prevención del VIH por sexo,

Desarrollar investigación en adolescentes comparando culturas de otros países desde el enfoque de enfermería.

Considerar un abordaje cualitativo, mixto o con enfoque experimental que permita enriquecer los resultados de investigación y los conocimientos en la disciplina.

Referencias

Angarita, A., Piñeros, J., Murcia, C., & Calderón, M. (2020). Factores influyentes en la educación sexual y conductas de riesgo en niños y adolescentes. *African Journal of AIDS Research*, 1:1, 11-21

Awotidebe, A., Phillips, J., y Lens, W. (2014). Factores que contribuyen al riesgo de infección por VIH en adolescentes de escuelas rurales. Revista internacional de investigación ambiental y salud pública , 11 (11), 11805–11821. doi: 10.3390 / ijerph111111805

Bandura, Albert (1999). Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual, Madrid: Desclée de Brouwer.

Carrillo, C, L., Notario, P, E., Ángel, A.D., & García, H, N. (2018). Autoeficacia para la prevención del VIH/SIDA en adolescentes. *Káanbal Revista Universitaria*, Vol. 2, núm.4, 95-99.

Castillo, Y., Ramírez, J., Silva, K., Caballero, M., & Arrieta, K. (2017). Conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente a la infección por VIH en adolescentes de Cartagena, *Colombia. Universidad y Salud*, 19(1):26-36. DOI: http://dx.doi.org/10.22267/rus.171901.66

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades –Notificación: *Indicadores de monitoreo de la notificación en la semana epidemiológica* 12 -2017; SE 12 – 2017; 26 (1): 380 – 381.

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida [CENSIDA], (2018). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/Sida en México*: Registro Nacional de Casos de Sida, actualización al 1er trimestre del 2018.* Disponible en: https://goo.gl/KzsJTT

Chambers, RS, Rosenstock, S., Lee, A., Goklish, N., Larzelere, F., & Tingey, L. (2018). Explorando el papel del sexo y la experiencia sexual en la predicción del uso del

condón en adolescentes estadounidenses indios usando la teoría de la motivación de protección. Fronteras en la salud pública , 6 , 318. doi: 10.3389 / fpubh.2018.00318

Consejo Nacional de Población [CONAPO], (2016). *Situación de la salud sexual y reproductiva*, República Mexicana, disponible en file:///C:/Users/VIANEY/Desktop/conductas%20sexuales%20de%20riesgo/maestra%20maria%20de%20los%20angeles/art%20nuevos%2029-1/Situacion_SS_y_R_2016%20conapo.pdf

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED], (2018). Informe Nacional de Avances en la Respuesta al VIH y el Sida: México 2016. *Encuesta Nacional sobre Discriminación: Prontuario de Resultados.* Disponible en: https://goo.gl/1cPNdX.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention And Behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], (2019). *Los derechos de la infancia y la adolescencia*, México, 2019 disponible en https://www.unicef.org/mexico/spanish/SITAN-UNICEF2018.pdf

Grove, S.K., Burns, N. & Gray, J.R. (2013). The practice of nursing research appraisal, synthesis and generation of evidence, Estados Unidos, Elsevier.

López-Rosales, Fuensanta & Moral-de la Rubia, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*, *43*(5), 421-432. Recuperado en 01 de octubre de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000500006&lng=es&tlng=es.

Losa, C. R., & González, L. M. (208) Conductas sexuales en adolescentes de una escuela secundaria en Mérida, Yucatán, México. *Revista biomédica*, 29 (3). Disponible en: http://revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/625

Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA-2015, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad. Diario Oficial de la Federación Ciudad de México, 12 de agosto del 2015.Disponible en http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5403545

Organización Panamericana de la Salud [OPS], (2019). Primer Informe sobre Desigualdades en Salud en México. Ciudad de México: Secretaría de Salud .Disponible en http://onis.salud.gob.mx/site4/documentos/docs/1_informe_desigualdad_mexico.pdf

Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2019). La agenda de desarrollo sostenible. Disponible en https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda.

Osorio, A., Álvarez, A., Hernández, V., Sánchez, M., & Muñoz, L. (2017). Relación entre asertividad sexual y autoeficacia para Prevenir el VIH/SIDA en jóvenes universitarios del área de la salud. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. Vol. 7, Núm. 14.

Orcasita, L., Mosquera, J., & Carrillo, T. (2018). Autoconcepto, autoeficacia y conductas sexuales de riesgo en adolescentes. *Informes Psicológicos*, Vol. 18 No. 2.

Pender, JN., Murdaugh, CL., & Parsons, MA. (2015). Health promotion in nursing practice. Australia. Upper Saddle River, N.J. Prentice Hall.

Polit, D., & Beck, C.(2018) *Investigación en enfermería: fundamentos para el uso de la evidencia práctica de la enfermería.* Barcelona: McGraw- Hill Interamericana.

Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA]. (2019). *El informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA 2019.* Ginebra

Puffer, ES, Meade, CS, Drabkin, AS, Broverman, SA, Ogwang-Odhiambo, RA., & Sikkema, K. (2014). Correlatos psicosociales a nivel individual y familiar de la conducta de riesgo del VIH entre los jóvenes de las zonas rurales de Kenia.SIDA y comportamiento , 15 (6), 1264–1274. doi: 10.1007 / s10461-010-9823-8.

Ríos, C. (2016). Conductas de riesgo sexual y reproductivo en estudiantes universitarios en Huancayo. *Apuntes de Ciencia y sociedad*. 06, 01.

Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Sistema Único de Información (2018). Casos por entidad federativa de Enfermedades de Transmisión Sexual hasta la semana epidemiológica 47 del 2018, 35, Semana 48. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/419191/BSEMANAL_48.pdf

Secretaría de Salud (2018). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html

Uribe, I., Bahamón, M., Reyes, L., Trejos, A., & y Alarcón, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y uso del condón en jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, vol. 20, núm. 1, 2017, pp. 203-211.

Sznitman, S., Vanable, PA., Carey, MP., Hennessy, M., Brown, LK., Valois, RF., & Romer, D. (2011). Uso de mensajes de los medios culturalmente sensibles para reducir el comportamiento sexual asociado con el VIH en adolescentes afroamericanos de alto riesgo: resultados de un ensayo aleatorizado. *El Diario de la salud del adolescente*.49 (3), 244–251. doi: 10.1016 / j.jadohealth.2010.12.007 self-efficacy. AIDS Care, 22(7), 851–857. https://doi.org/10.1080/09540120903483026

Apéndice A

Consentimiento informado (padre/madre/tutor)

Título del proyecto: Autoeficacia percibida del adolescente para prevenir el VIH en contexto rural y urbano de Puebla.

Prólogo: Debido al interés de conocer la autoeficacia percibida del adolescente para prevenir el VIH tanto de áreas rurales como urbanas, solicito autorización para que su hijo participe en este proyecto de investigación. Este documento expresa su autorización de manera libre y voluntaria.

Propósito: Comparar el nivel de autoeficacia percibida del adolescente para la prevención del VIH en contexto rural y urbano de Puebla.

Descripción: Posterior a la autorización, se te dará una hoja de asentimiento informado para que firmes como participante, enseguida, una cedula de datos personales donde se omite tu nombre, posteriormente, recibirás un cuestionario para conocer el nivel de autoeficacia del adolescente para la prevención del VIH, con una duración aproximada de 20 minutos, al final será guardado por el investigador, los datos obtenidos se mantendrán en anonimato, conservando siempre la confidencialidad de los participantes.

Riesgos: Participar en el estudio no pone en riesgo el bienestar del participante debido a que solo abordará información sobre la autoeficacia percibida para prevenir el VIH. En caso de que el participante desee retirarse podrá hacerlo sin represaría alguna.

Beneficios: La información obtenida será de gran ayuda para conocer los niveles de autoeficacia percibida para la prevención del VIH de contexto rural y urbano, lo que permitirá en un futuro diseñar programas para la prevención del VIH con enfoque cultural.

Costos: Participar en este proyecto de investigación no implica ningún costo.

Autorización, uso y distribución de la información para la investigación: Los resultados son con fines académicos y serán publicados en artículos científicos manteniendo en todo momento el anonimato de los participantes.

Preguntas: En caso de surgir alguna pregunta o duda sobre la investigación puede llamar al comité de ética de la Facultad de enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, ubicado en el edificio de posgrado al teléfono 222 229 5500 ext. 5618 o con la responsable del estudio L.E. Silvia Vianey Reyes López, al teléfono 22 12 58 48 88.

Consentimiento: Autorizo de manera libre y voluntaria la participación de mi hijo en el proyecto de investigación. Sin renunciar a ningún derecho y con la libertad de que pueda retirarse cuando así lo considere.

_____	_____	_____
Nombre y firma del participante	Nombre y Firma del testigo	Nombre y firma del testigo

_____

Firma del Investigador

L.E. Silvia Vianey Reyes López

Puebla , Pue

Fecha: _____de_____2020

Apéndice B

Asentimiento informado para menor de edad.

Título del proyecto: Autoeficacia percibida del adolescente para prevenir el VIH en contexto rural y urbano de Puebla.

Prologo: Se te invita a participar en este proyecto de investigación, debido al interés de conocer la autoeficacia percibida del adolescente para prevenir el VIH en contexto rural y urbano. Si aceptas participar firmaras este documento que expresa tu autorización de manera libre y voluntaria. Después de conocer el propósito, beneficios y riesgos contestarás un cuestionario a lápiz y papel.

Propósito: Comparar el nivel de autoeficacia percibida del adolescente para la prevención del VIH en contexto rural y urbano de Puebla.

Descripción: Posterior a tu autorización, recibirás una cedula de datos personales donde se omite tu nombre, y un cuestionario para conocer el nivel de autoeficacia del adolescente para la prevención del VIH, con una duración aproximada de 20 minutos, al final será guardado por el investigador, los datos obtenidos se mantendrán en anonimato, conservando siempre la confidencialidad de los participantes.

Riesgos: Participar en el estudio no pone en riesgo tu bienestar debido a que solo abordará información sobre la autoeficacia percibida del adolescente para prevenir el VIH. En caso de que desees retirarte del estudio podrás hacerlo sin represaría alguna.

Beneficios: La información obtenida será de gran ayuda para conocer los niveles de autoeficacia percibida para la prevención del VIH de contexto rural y urbano, lo que permitirá en un futuro diseñar programas para la prevención del VIH con enfoque cultural.

Costos: Participar en este proyecto de investigación no implica ningún costo.

Autorización, uso y distribución de la información para la investigación: Los resultados son con fines académicos y serán publicados en artículos científicos manteniendo en todo momento el anonimato de los participantes.

Preguntas: En caso de surgir alguna pregunta o duda sobre la investigación puede llamar al comité de ética de la Facultad de enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, ubicado en el edificio de posgrado al teléfono 222 229 5500 ext. 5618 o con la responsable del estudio L.E. Silvia Vianey Reyes López, al teléfono 22 12 58 48 88.

Consentimiento: Autorizo de manera libre y voluntaria mi participación en este proyecto de investigación. Sin renunciar a ningún derecho y con la libertad de que puede retirarse cuando así lo considere.

_____	_____	_____
Nombre y firma del participante	Nombre y Firma del testigo	Nombre y firma del testigo

_____

Firma del Investigador

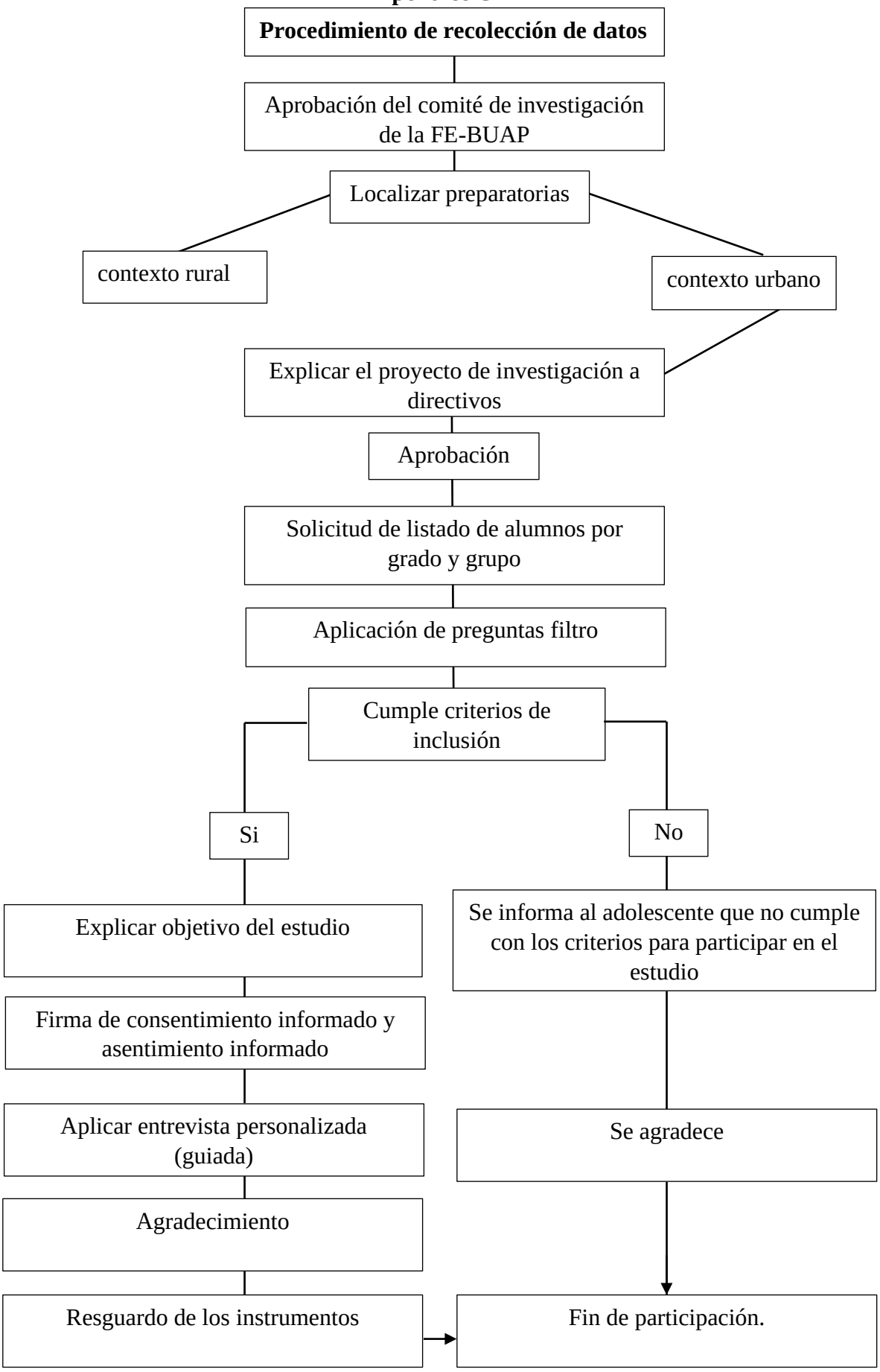
L.E. Silvia Vianey Reyes López

Puebla, Pue

Fecha: _____de_____2020

Apéndice C

Procedimiento de recolección de datos



Apéndice D

Cédula de datos personales (CDP)

Instrucciones: Lee detenidamente y contesta cada una de las siguientes preguntas.

RECUERDA: ¡Es muy importante la veracidad de tus respuestas!

1. Edad (años cumplidos): _____

2. Lugar de residencia: Rural _____ Urbano_____

3. Sexo: Masculino _____ Femenino_____

4. ¿Cuál es tu ocupación?

Estudio _____ Estudio y trabajo_____

5. Estado civil:

Soltero_____ Casado_____ Unión Libre_____

6. ¿Cómo defines tu sexualidad?

Heterosexual_____ Homosexual_____ Bisexual_____

7. ¿Has sido diagnosticado como paciente VIH positivo?

Si_____ No_____

8. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual? _____

9. Cuantas parejas sexuales has tenido en tu vida: una____ dos____ tres____ cuatro o más____

10. En los últimos 3 meses con qué frecuencia utilizaste condón en tus relaciones sexuales:

Siempre_____ Casi siempre_____ Algunas veces_____ Rara vez____ Nunca____

11. En los últimos meses con qué frecuencia te negaste a tener relaciones sexuales

Siempre____ Casi siempre____ Algunas veces_____ Rara vez_____ Nunca_____

Apéndice E

Autoeficacia para la prevención del VIH

Lee las siguientes preguntas y señala tu respuesta en la escala	Nada seguro	Algo seguro	Medio seguro	Muy seguro	Total seguro
A) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir No, cuando te propone tener relaciones sexuales?					
1. Alguien conocido hace 30 días o menos?					
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti?					
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?					
4. Alguien a quien has tratado con anterioridad?					
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo?					
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales?					
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti?					
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales?					
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol?					
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas?					
11. Alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto?					
B) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de:					
1. Preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?					

Continúa

2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a?					
3. Preguntar a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales en el pasado?					
4. Preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?					
C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de:					
1. Usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?					
2. Usar correctamente el condón?					
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?					
4. Usar el condón durante el acto sexual después de consumir alguna droga? (mariguana, resistol, tinner)					
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?					
6. Negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar condón?					
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?					
8. Acudir a la tienda a comprar condones?					
9. No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio?					
10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?					
11. Platicar con tu papá sobre temas sexuales					
12. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales					

Apéndice F

Preguntas filtro

Fecha de nacimiento: _____

¿Alguna vez has tenido relaciones sexuales?: _____

¿Actualmente te encuentras embarazada?: _____