



y en este mismo año, 1.7 millones de personas lo contrajeron. En México, en el 2019, se diagnosticaron 9.828 casos nuevos del VIH y 5.825 casos de Sida. En Chihuahua, en el mismo año, se notificaron 139 casos nuevos de Sida, de los cuales, el 83.5% de los casos correspondieron al sexo masculino y 16.5% al femenino (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida [CENSIDA], 2019).

En México el VIH se adquiere principalmente entre los 15 y 29 años, del total de los casos registrados del VIH/Sida el 30.7% corresponde a la población joven, siendo la vía sexual el principal medio de transmisión en el 96.3% de los casos (CENSIDA, 2019). Las prácticas sexuales de riesgo suelen ser muy frecuentes en los jóvenes, situación que puede comprometer la salud sexual y reproductiva y ocasionar daños a nivel psicológico y social (Figuroa & Figuroa, 2017). Luces, Porto, Mosquera, & Tizón (2016) refieren que los jóvenes inician relaciones sexuales en edades cada vez más tempranas, aspecto que ha sido relacionado a prácticas sexuales de riesgo como la no utilización o uso inconsistente del preservativo.

Existen diversas variables psicológicas y cognitivas que pueden influir en las prácticas sexuales, al respecto, una que ha tomado relevancia, corresponde a la autoeficacia para prevenir el VIH. La autoeficacia es definida por Bandura (1986) como el juicio de una persona sobre sus capacidades para realizar una actividad con el fin de lograr un resultado determinado. De acuerdo con el autor, la autoeficacia hace una diferencia en cómo la gente siente, piensa, actúa y se motiva, afirmando que un bajo sentido de autoeficacia se asocia con estrés, depresión, ansiedad e impotencia. Por lo contrario, una percepción alta de autoeficacia facilita los procesos cognitivos y deriva en una gran variedad de cualidades, tales como calidad en la toma de decisiones y la implicación en conductas promotoras de salud. Zimmerman, Kitsantas & Campilla (2005), explican que la autoeficacia contiene las creencias sobre las capacidades para rendir efectivamente, permitiendo al individuo la habilidad de elegir o rechazar situaciones.

Resnick & Jenkins (2000), refieren que a partir de la autoeficacia las personas pueden tener influencia sobre lo que hacen, esto a través de componentes como el pensamiento reflexivo, el uso generativo de conocimientos y habilidades para llevar a cabo un comportamiento específico. Roca (2002), señala que cuando las personas tienen baja autoeficacia, constantemente se muestran agobiadas, se sienten incompetentes ante sucesos que se presentan en su entorno, de tal manera que se vencen ante cualquier obstáculo, creen que no poseen la habilidad para dar solución a los retos que suscitan en su vida. Mientras que las personas con una autoeficacia alta suelen ser optimistas, a pesar de enfrentarse a problemáticas, tienden a solucionarlas de la manera más pertinente y procuran no desanimarse, son capaces de desarrollar acciones desafiantes y ponerse propósitos elevados debido a que se sienten competentes para llevarlos a cabo, y tienen prácticas que favorecen su salud, como puede ser la prevención del VIH (Pereyra et al., 2018).

El aumento en los casos de VIH/Sida en población joven sugiere el desarrollo de nuevas estrategias de prevención enfocadas en el cambio conductual, considerando la incorporación de diversos elementos teóricos. Bandura (1986), en la teoría social cognitiva señala que los programas efectivos para la prevención del VIH/Sida deben incluir elementos teóricos, los cuales estén fundamentados en la necesidad de que las personas ejerzan influencia sobre su propia motivación y comportamiento para lograr un cambio auto dirigido. En los últimos años, la autoeficacia para prevenir el VIH ha adquirido relevancia, de acuerdo con López & Moral (2001), Osorio, Álvarez, Hernández, Sánchez & Muñoz (2017), la autoeficacia para prevenir el VIH puede

implicar diversos aspectos, como la capacidad que tiene el individuo para usar el preservativo, para decir no a las relaciones sexuales, preguntar a la pareja sobre relaciones sexuales anteriores y prácticas de riesgo, y para tener relaciones hasta el matrimonio, monogamia y hablar sobre temas sexuales.

En este sentido, la autoeficacia en el ámbito de la transmisión del VIH podría contribuir a desarrollar prácticas sexuales seguras y a mantener la motivación necesaria para una constante prevención, esto debido a que la percepción que tienen las personas sobre su capacidad percibida en la prevención puede influir directamente para que esta se lleve a cabo (Cruz, 2017). Al respecto, es necesario disponer de un cuerpo de conocimiento sólido que fundamente dicho planteamiento. Por lo descrito, el objetivo del estudio fue determinar la relación entre la autoeficacia para prevenir el VIH y las prácticas sexuales seguras en estudiantes de un bachillerato de Chihuahua, México.

## Método

### Diseño

Para el estudio se utilizó un diseño transversal y correlacional (Grove, Gray & Faana, 2019).

### Participantes

La población estuvo compuesta por hombres y mujeres, estudiantes de un bachillerato de la ciudad de Chihuahua. El muestreo fue probabilístico a través de un muestreo aleatorio simple. El tamaño de la muestra fue de 115 estudiantes. El criterio de inclusión fue haber iniciado vida sexual activa.

### Instrumentos

*Datos sociodemográficos y de sexualidad.* Fueron obtenidos a través de un cuestionario elaborado por los investigadores, con el fin de conocer la edad, sexo, estado civil, edad de inicio de vida sexual activa, utilización de preservativo por primera vez, tipo de pareja sexual, número de parejas sexuales en el último año y si ha presentado alguna infección de transmisión sexual.

*Autoeficacia para prevenir el VIH:* Se midió a través de la Self-efficacy Scale for HIV (Kasen, Vaughan & Walter en 1992), la cual ha sido adaptada en población mexicana (López & Moral, 2001). La escala se divide en cuatro subescalas: 1) capacidad para decir no a las relaciones sexuales, 2) capacidad para cuestionar a la pareja sobre relaciones sexuales anteriores y conductas sexuales de riesgo, 3) capacidad percibida para el uso adecuado del preservativo y 4) capacidad para tener relaciones sexuales hasta el matrimonio, monogamia y hablar de temas sexuales con los padres. La escala contiene 27 reactivos con escala de respuesta tipo Likert que van desde nada seguro (1) hasta totalmente seguro (5). A mayor puntaje mayor autoeficacia para prevenir el VIH. La escala ha presentado alfa de Cronbach de .89 (López & Moral, 2001), y en este estudio fue de .87.

*Prácticas sexuales seguras:* se utilizaron las subescalas uso del preservativo y sexo seguro del cuestionario de conducta de sexo seguro de Dilorio et al., (1992), estas conforman 16 reactivos que miden la frecuencia del uso del preservativo y la evasión de prácticas sexuales de riesgo. Las opciones de respuesta corresponden a una escala tipo Likert que van de nunca (1) a

siempre (4). Dichas subescalas han sido validadas en población mexicana (Alonso, Huamantla & Méndez, 2019), y han presentado Alfa de Cronbach de .74 (Alonso, Huamantla & Méndez, 2019) y para este estudio fue de .66.

## Procedimiento

El estudio se realizó en jóvenes de una institución educativa de nivel bachillerato. Inicialmente se pidió la autorización de los directivos de la institución. Se solicitaron las listas, de las cuales se seleccionaron los jóvenes de manera aleatoria. Posteriormente, se acudió a las aulas para invitar a los seleccionados a participar en el estudio, se explicó el propósito del estudio y otros aspectos relacionados al estudio. A los jóvenes que cumplieron el criterio de inclusión, se les proporcionó un consentimiento informado mismo que se hizo llegar a los padres de familia para la autorización de la participación de sus hijos en el estudio, en otros casos, un asentimiento informado, estos documentos fueron solicitados el día programado para el llenado de los instrumentos. En todo momento se respetó el anonimato de la persona y la confidencialidad de los datos que se proporcionaban.

La recolección de la información se realizó mediante instrumentos en formato impreso. El tiempo aproximado de llenado fue de 15 minutos. El presente estudio se apegó a lo descrito en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México (Secretaría de Salud, 2014). También se contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación (número de registro: SIP-CI/165/2020) y del Comité de Investigación (número de registro: SIP-CI/166/2020) de la Facultad de Enfermería y Nutriología de la Universidad Autónoma de Chihuahua.

## Análisis de datos

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico para las ciencias sociales ([SPSS] por sus siglas en inglés) versión 22 para Windows. Se empleó estadística descriptiva para los datos sociodemográficos y de sexualidad. A través de la correlación de Spearman y un modelo de regresión lineal univariado con método de remuestreo Bootstrap se dio respuesta al objetivo del estudio.

## Resultados

La edad de los participantes osciló entre 15 y 27 años, presentado una media de 17.88 ( $DE=2.09$ ), respecto al sexo 70.4% correspondió al femenino, y 29.6% al masculino. El 95.7% de eran solteros, 2.6% unión libre y solo 1.7% vivía en unión libre. En relación con las variables de sexualidad, la edad de inicio de vida sexual activa fue a los 15 años ( $M=15.83$ ,  $DE=1.41$ ), edad de inicio mínima de 12 y máxima de 22 años. La edad en la que hicieron uso del preservativo fue a los 14 años ( $M=14.36$ ,  $DE=4.87$ ), la edad mínima de 13 años y máxima de 22 años. El número de parejas osciló entre 1 y 27 parejas sexuales, con una media de 3 parejas sexuales ( $M=3.40$ ,  $DE=4.43$ ), mínimo 1 pareja y máximo 27 parejas sexuales en el último año. Para el tipo de pareja sexual, la mayoría tenía pareja estable (78.3%) y solo 21.7% dijo tener pareja sexual ocasional. En relación con los antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS), la mayoría de los jóvenes refirió no haber padecido alguna (99.1%). Para las variables, en la Tabla 1 se visualiza que la autoeficacia para prevenir el VIH mostró una media de 67.51 ( $DE=16.53$ ), y las prácticas sexuales seguras una media de 74.27 ( $DE=13.15$ ).

Tabla 1  
*Medidas de tendencia central y dispersión de las variables del estudio*

	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Autoeficacia para prevenir el VIH	67.51	65.74	16.53	29.63	100
Prácticas sexuales seguras	74.27	75.00	13.15	41.67	100

*Nota:* M= Media; Mdn= Mediana; DE= Desviación Estándar; Min= Mínimo; Max= Máximo, N = 115

De acuerdo a la autoeficacia para prevenir el VIH, en la Tabla 2, se puede identificar que los jóvenes se percibieron más eficaces para preguntar a su novio/a si se ha inyectado alguna droga (96.5%), de discutir sobre la prevención del SIDA con la pareja (96.5%), capaz de usar el preservativo cada vez que tenga relaciones sexuales (83.5%), de negarse a tener relaciones sexuales si su pareja no acepta usar el preservativo (71.3%). Por lo contrario, los jóvenes manifestaron no percibirse capaces de decir no, cuando les proponen tener relaciones sexuales alguien, si su nivel de excitación sexual es muy alto (45.2%), no tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio (100%), de mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida (46.9%) y tampoco se siente capaces de platicar con sus padres sobre temas sexuales (46.1%).

Tabla 2  
*Autoeficacia para prevenir el VIH*

Ítems	Nada seguro		Algo seguro		Medio seguro		Muy seguro		Totalmente seguro	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien conocido hace 30 días o menos?	20	17.4	18	15.7	18	15.7	8	7	51	44.3
2. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien cuya historia sexual es desconocida para ti?	29	25.2	9	7.8	15	13	10	8.7	52	45.2
3. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti?	31	27	5	4.3	9	7.8	14	12.2	56	48.7
4. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien a quien has tratado con anterioridad?	13	11.3	22	19.1	36	31.3	22	19.1	22	19.1

5. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien a quien deseas tratar de nuevo?	21	18.3	20	17.4	28	24.3	19	16.5	27	23.5
6. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales?	28	24.3	21	18.3	24	20.9	14	12.2	28	24.3
7. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien a quien necesitas que se enamore de ti?	25	21.7	14	12.2	16	13.9	12	10.4	48	41.7
8. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien que te presiona a tener relaciones sexuales?	31	27	3	2.6	5	4.3	8	7	68	59.1
9. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien con quien has estado bebiendo alcohol?	20	17.4	12	10.4	18	15.7	20	17.4	45	39.1
10. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien con quien has estado utilizando drogas?	32	27.8	4	3.5	13	11.3	5	4.3	61	53
11. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de decir No, cuando te proponen tener relaciones sexuales alguien y tu nivel de excitación sexual es muy alto?	33	28.7	19	16.5	23	20	21	18.3	19	16.5
12. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de preguntar a tu novio/a si se ha inyectado alguna droga?	-	-	-	-	4	3.5	17	14.8	94	81.7
13. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio/a?	-	-	3	2.6	6	5.2	11	9.6	95	82.6
14. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de preguntar	2	1.7	4	3.5	10	8.7	19	16.5	80	69.6

a tu novio/a sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado?											
15. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de preguntar a tu novio/a si ha tenido alguna experiencia homosexual?	3	2.6	6	5.2	10	8.7	17	14.8	79	68.7	
16. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de usar el condón cada vez que tengas relaciones sexuales?	3	2.6	5	4.3	11	9.6	19	16.5	77	67	
17. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de usar correctamente el condón?	1	.9	-	-	12	10.4	24	20.9	78	67.8	
18. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol?	3	2.6	9	7.8	13	11.3	26	22.6	64	55.7	
19. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizando alguna droga? (mariguana, resistol, tiner)	9	7.8	6	5.2	14	12.2	13	11.3	73	63.5	
20. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio/a prefiere no usarlo?	5	4.3	5	4.3	11	9.6	16	13.9	78	67.8	
21. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no acepta usar el condón?	8	7	12	10.4	13	11.3	20	17.4	62	53.9	
22. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones?	6	5.2	11	9.6	15	13	13	11.3	70	60.9	
23. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de acudir a la tienda a comprar condones?	3	2.6	7	6.1	8	7	24	20.9	73	63.5	
24. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de no tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio?	115	100	-	-	-	-	-	-	-	-	

25. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida?	38	33	16	13.9	25	21.7	12	10.4	24	20.9
26. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de platicar con tu papá sobre temas sexuales?	41	35.7	12	10.4	23	20	9	7.8	30	26.1
27. ¿Qué tan seguro estas de ser capaz de platicar con tu mamá sobre temas sexuales?	19	16.5	11	9.6	20	17.4	17	14.8	48	41.7

Nota: N = 115.

Respecto a las prácticas sexuales seguras de los jóvenes (Tabla 3), se observa que las prácticas realizadas siempre o la mayoría de las veces fueron: insistir en el uso del preservativo al tener relaciones sexuales (74.8%), detener el juego previo a la relación para colocarse un preservativo (70%), tener un plan en mente para practicar el sexo seguro (73%). Por otra parte, con relación a las prácticas sexuales de riesgo, las más evitadas fueron: no tener relaciones sexuales anales sin usar preservativo (94.7%), evitar el uso de drogas antes y durante la relación sexual (96.5%). Mientras que las prácticas sexuales menos seguras fueron: no evitar las relaciones sexuales al tener llagas o irritación en su área genital (85.2%) y tener contacto directo con la sangre de la pareja sexual (65.2%).

Tabla 3  
*Prácticas sexuales seguras*

Ítems	Nunca		A veces		La mayor parte del tiempo		Siempre	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1. Yo insisto en el uso del condón cuando tengo relaciones sexuales.	6	5.2	23	20	31	27	55	47.8
2. Yo detengo el juego previo, a la relación sexual (como tocar/ besar/agasajar) a tiempo para ponerme un condón o para que mi pareja se ponga un condón.	9	7.8	22	19.1	33	28.7	51	41.3
3. Si sé que en un encuentro con alguien podemos tener relaciones sexuales, llevo un condón conmigo.	23	20	12	10.4	24	20.9	56	48.7
4. Si me dejo llevar por la pasión del momento, yo tengo relaciones sexuales sin usar un condón.	53	46.1	38	33	11	9.6	13	11.3



5. Tengo sexo oral sin usar barreras de protección, como un condón o cubierta de látex.	35	30.4	32	27.8	19	16.5	29	25.2
6. Si sé que en un encuentro con alguien podemos tener relaciones sexuales, yo tengo un plan en mente para practicar el sexo seguro.	14	12.2	17	14.8	36	31.3	48	41.7
7. Si mi pareja insiste en tener relaciones sin usar un condón, me niego a tener relaciones sexuales.	17	14.8	21	18.3	27	23.5	50	43.5
8. Tengo relaciones sexuales anales sin usar un condón.	97	84.3	12	10.4	3	2.3	3	2.3
9. Uso cocaína u otras drogas antes o durante las relaciones sexuales.	102	88.7	9	7.8	3	2.6	1	.9
10. Evito el contacto directo con el semen o secreciones vaginales de mi pareja sexual.	19	16.5	24	20.9	36	31.3	36	31.3
11. Tengo relaciones sexuales en la primera cita sin saber la vida sexual de mi pareja.	89	77.4	20	17.4	3	2.6	3	2.6
12. Evito las relaciones sexuales cuando tengo llagas o irritación en mi área genital.	86	74.8	12	10.4	2	1.7	15	13
13. Practico sexo anal.	88	76.5	15	13	6	5.2	6	5.2
14. Evito tener contacto directo con la sangre de mi pareja sexual.	53	46.1	22	19.1	19	16.5	21	18.3
15. Yo tengo relaciones sexuales con una persona que sé que es bisexual o gay.	89	77.4	13	11.3	5	4.3	8	7
16. Consumo bebidas alcohólicas antes o durante las relaciones sexuales.	63	54.8	36	31.3	14	12.2	2	1.7

---

Nota: N = 115.

En el análisis correlacional entre la autoeficacia para prevenir el VIH y las prácticas sexuales seguras se encontró una relación significativa ( $r_s = .384, p < .001$ ), lo cual indica que, a mayor autoeficacia para prevenir el VIH, mayor serán las prácticas sexuales seguras.

Se efectuó un análisis de correlación entre las subescalas de la autoeficacia para prevenir el VIH y las prácticas sexuales seguras, encontrando significancia en la autoeficacia para decir no a las relaciones sexuales ( $r_s = .246, p < .001$ ), autoeficacia para el uso adecuado del preservativo ( $r_s = .563, p < .001$ ) y autoeficacia para tener relaciones sexuales hasta el matrimonio, monogamia y hablar de temas sexuales con los padres ( $r_s = .251, p < .001$ ); en cuanto a la autoeficacia para cuestionar a la pareja sobre relaciones sexuales anteriores y conductas sexuales de riesgo, no hubo significancia.

Los resultados del modelo de regresión lineal univariado mostraron que la autoeficacia para prevenir el VIH, influye sobre las prácticas sexuales seguras ( $F_{[1,113]} = 20.71, p = .001, R^2 = .155$ ), el resultado se confirmó a través del método de remuestreo Bootstrap, ( $\beta = .313, IC\ 95\% = .176-.445, p < .001$ ), en este caso, la autoeficacia para prevenir el VIH aumenta .39 las prácticas sexuales seguras.

En el modelo de regresión lineal para la subescala de la autoeficacia para prevenir el VIH y las prácticas sexuales seguras, se identificó que la autoeficacia para decir no a las relaciones sexuales influye en las prácticas sexuales seguras ( $\beta = .101, IC\ 95\% = .022-.183, p < .001$ ), aumentando .23. También, la autoeficacia para el uso adecuado del preservativo influye en las prácticas sexuales seguras ( $\beta = .364, IC\ 95\% = .268-.479, p < .001$ ), aumentando .52 las prácticas sexuales seguras.

De manera similar, se identificó que la autoeficacia para tener relaciones sexuales hasta el matrimonio, monogamia y hablar de temas sexuales con los padres influye en las prácticas sexuales seguras, ( $\beta = .152, IC\ 95\% = .062-.242, p < .001$ ), aumentando .28 las prácticas sexuales seguras. Finalmente, en la autoeficacia para cuestionar a la pareja sobre relaciones sexuales anteriores y conductas sexuales de riesgo, esta no mostró influencia en las prácticas sexuales seguras ( $\beta = .011, IC\ 95\% = 58.28-87.22, p = .89$ ).

## Discusión

Uno de los hallazgos más sobresalientes de las características sociodemográficas y de sexualidad, fue el inicio de la vida sexual de los participantes que fue a los 15 años de edad, situación que difiere de lo reportado por otros estudios, en donde la media de edad para el inicio de la vida sexual fue menor (Parra & Pérez, 2010; Losa & González, 2018), esto puede atribuirse al género, ya que la mayor parte de la muestra corresponde a mujeres, y de acuerdo con estudios como el de Carmona, Beltrán, Calderón, Piazza & Chávez (2017); y Leal, Molina, Luttges, González, & González (2018), las mujeres tienden a iniciar su vida sexual más tardíamente que los hombres.

Sin embargo, este resultado también concuerda con lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en México (2012), en donde se estima que la edad de inicio es antes de los 20 años. Cabe señalar que este resultado es de interés, debido a que el inicio temprano de las relaciones sexuales se ha asociado con prácticas sexuales de riesgo, en concreto, con el no uso y uso inconsistente del preservativo y también con el consumo de alcohol y/o drogas durante las relaciones sexuales (Mendoza, Claros & Peñaranda, 2016; Fernández, Rodríguez & Pérez, 2017; Pérez, Tobon, Mesa, Bustamante & Montoya, 2012).

Por otra parte, la edad de inicio del uso del preservativo fue a los 14 años, resultado que es relevante, considerando que, si bien la media fue a los 15 años, hubo participantes que iniciaron su vida sexual activa desde los 12 años, condición que los pudo poner en riesgo hacia la transmisión del VIH por el no uso del preservativo al inicio de su vida sexual. También se identificó que en promedio los participantes tuvieron 3 parejas sexuales en los últimos 12 meses, hallazgo que puede estar relacionado a que la mayoría reportó tener pareja estable, no obstante, hubo jóvenes que reportaron hasta 27 parejas sexuales, dichas situaciones podrían aumentar el riesgo hacia la transmisión del VIH (Villegas, Cianelli, Santisteban, Lara & Vargas, 2016; Hurtado de Mendoza, Veytia, Guadarrama & González, 2017).

En aspectos específicos de la autoeficacia, los hallazgos de este estudio señalan que los jóvenes que se sienten capaces para decir no a las relaciones sexuales, tuvieron más prácticas sexuales seguras, dichos resultados, son afines a lo reportado por Guerra (2017), y Orcasita, Mosquera & Carrillo (2018), quienes encontraron que las personas con mayor capacidad percibida para decir no a las relaciones sexuales con una persona bajo diferentes circunstancias, como tener poco de conocerla, no saber acerca de su historia sexual y no saber acerca de su historia de consumo de drogas, tienen mayor probabilidad de usar el preservativo y evitar situaciones o prácticas sexuales que se consideran de riesgo.

También los jóvenes que se sienten más capaces de usar el preservativo adecuadamente tienen más prácticas sexuales seguras, incluyendo el uso de preservativo al tener sexo vaginal, anal u oral, portar un preservativo, y usarlo, aunque estén muy excitados. Al respecto de estos resultados Uribe, Bahamón, Reyes, Trejos & Alarcón, (2017) de manera similar encontraron en su estudio que, a mayor percepción de capacidad para usar el preservativo, mayor uso consistente. También Sanders, Hill, Crosby & Jensen (2014), señalan que los jóvenes con mayor autoeficacia para el uso del preservativo, incluyendo la capacidad para portar, comprarlos o conseguirlo en cualquier momento, favorecerán mayor uso de éstos. Lo cual podría atribuirse a que los jóvenes tienden a involucrarse en prácticas sexuales seguras porque se sienten capaces de manejar estas situaciones, es decir de cómo utilizar el preservativo, de portarlos, independiente si piensan o no tener relaciones sexuales y de adquirirlos cuando los necesiten, de otra forma, estas situaciones serían intimidantes, tal como sucede en aquellos que presentan bajos niveles de autoeficacia.

Se encontró que la autoeficacia para tener relaciones sexuales hasta el matrimonio, monogamia y hablar de temas sexuales influye en las prácticas sexuales seguras, al respecto, estudios concuerdan con estos hallazgos. Osorio et al. (2017), y Cruz (2017), identificaron que los jóvenes que cuentan con la capacidad para comunicarse sobre temas de prevención del VIH y de antecedentes sexuales tienen más prácticas sexuales seguras. En esta misma línea, resultados reportados por Guerra (2017), señalan que un mayor empleo del medio verbal para expresar inquietudes y temores con la persona con la que planea tener sexo, o aquella hacia la que sienten atracción o interés sexual, mayor será la frecuencia con la que se utiliza el preservativo, y mayor será la evasión de situaciones sexuales de riesgo.

En general, los resultados señalan que la autoeficacia para prevenir el VIH, influye en las prácticas sexuales, estos hallazgos son similares a lo reportado por otros autores (Castillo, Ramírez, Silva, Caballero & Arrieta, 2017; Guerra et al., 2019; Orcasita, Mosquera & Carrillo, 2018), quienes encontraron que cuando las personas se sienten más capaces para rechazar las relaciones sexuales, usar el preservativo correctamente y hablar sobre temas sexuales, tienen más prácticas sexuales seguras, las cuales incluyen el uso del preservativo y la evasión de prácticas

de riesgo, dentro de estas últimas, el consumo de alcohol y/o drogas, el contacto con fluidos corporales de la pareja sexual, y las relaciones sexuales con personas de las que se desconoce su vida sexual. Lo anterior podría explicarse a que cuanto mayor sea el nivel de autoeficacia percibida, menores serán las barreras que se perciban para realizar conductas saludables (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

El presente estudio presentó algunas limitaciones que debemos considerar, en el aspecto metodológico, el diseño transversal no permite identificar la causalidad entre las variables. En relación con la población, los participantes de este estudio fueron estudiantes, mismos que comparten características psicológicas y socioculturales determinadas, por lo que no pueden generalizarse los resultados a los jóvenes mexicanos. Finalmente, hay que asumir un cierto grado de deseabilidad social, debido a que la sexualidad es un tema sensible, por lo cual los participantes pudieron responder a las preguntas según lo que creían que se esperaba de ellos o lo que consideraban socialmente correcto.

Es importante el estudio constante de las prácticas sexuales de los jóvenes, debido a que estas cambian conforme al momento histórico, puesto que las prácticas sexuales anteriores difieren a las de hoy en día debido al tipo de enseñanza con la que se ha venido educando y por el contexto en el que se desarrollan ya que cada cultura lleva a cabo sus propias prácticas sexuales (Barriga, 2013; Alfonso, Figueroa, García & Soto, 2019). Para futuras investigaciones se recomienda enfocarse en población más joven, debido a que cada vez el inicio de las relaciones sexuales se da en edades más tempranas. También se recomienda seguir investigando la autoeficacia para prevenir el VIH, pero en situaciones más específicas como la autoeficacia para decir no a las relaciones sexuales, autoeficacia para cuestionar a la pareja sobre prácticas sexuales de riesgo anteriores, y la autoeficacia para la masturbación, y no solo centrarse en investigar la autoeficacia para usar el preservativo.

## Conclusión

Se ha demostrado que la autoeficacia en general representa un factor significativo que influye en la prevención del VIH, específicamente, favorece en que los jóvenes utilicen el preservativo, tengan relaciones sexuales hasta el matrimonio, tener solo una pareja sexual, hablar sobre temas sexuales con los padres y sean capaces de identificar situaciones de riesgo, de tal manera que estas se eviten. Por lo anterior, se considera que es necesario desarrollar la autoeficacia en etapas tempranas, debido a que esta constituye una habilidad crucial en la toma de decisiones, por lo que es importante considerarla como parte esencial en futuras intervenciones en pro de las prácticas sexuales seguras para combatir la transmisión del VIH.

## Referencias

- Alfonso, L., Figueroa, L., García, L., & Soto, D. (2019). Abordaje teórico en el estudio de las conductas sexuales de riesgo en la adolescencia. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(6), 954-968.
- Alonso, L., Huamantica, A., & Méndez, C. (2019). Factores relacionados con la conducta sexual segura para la prevención del VIH en una muestra de población española. *Revista Médica Electrónica Portales Medicos*, 14(18), 1-9.

- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 4*(3), 359-373. [doi:10.1521/jscp.1986.4.3.359](https://doi.org/10.1521/jscp.1986.4.3.359)
- Barriga, S. (2013). La sexualidad como producto cultural. Perspectiva histórica y psicosocial. *Revista Andaluza de Ciencias Sociales, 12*, 91-111.
- Carmona, G., Beltran, J., Calderón, M., Piazza, M., & Chávez, S. (2017). Contextualización del inicio sexual y barreras individuales del uso de anticonceptivos en adolescentes de Lima, Huamanga e Iquitos. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 34*, 601-610. [doi:10.17843/rpmesp.2017.344.3334](https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.344.3334)
- Castillo I., Ramírez, J. P., Silva, K., Caballero, M., & Arrieta, K., (2017). Knowledge, attitudes, susceptibility, and self-efficacy against HIV infection in adolescents from Cartagena, Colombia. *Universidad y Salud, 19*(1), 26-36. [doi:10.22267/rus.171901.66](https://doi.org/10.22267/rus.171901.66)
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida. (2019). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. *Registro Nacional de Casos de SIDA*. Recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/513720/RN\\_D\\_a\\_Mundial\\_sida\\_2019.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/513720/RN_D_a_Mundial_sida_2019.pdf)
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/Sida (CENSIDA). (2014). La epidemia del VIH y el sida en México. Crisis, (2014). Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/cifras.html>
- Cruz, O. (2017). *Percepción de riesgo y autoeficacia sexual en adolescentes de secundaria* (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Dilorio, C., Parsons, M., Lehr, S., Adame, D., & Carlone, J. (1992). Measurement of safe sex behavior in adolescents and young adults. *Nursing research, 41*(4), 203-208.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en México [ENSANUT]. (2012). Recuperado de: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Fernández, C., Rodríguez, S., & Pérez, V., (2017). Sexual high-risk practices associated with drug and alcohol use in high school and university students. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana, 16*(1), 19-29.
- Figuroa, L., & Figuroa, P. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 21*(2), 143-151.
- Grove, S. K., Gray, J. R., & Faan, P. R. (2019). Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia. España: Elsevier.
- Guerra, G., Gil, H., Olivares, O., Cepeda, A., Hernández, J. & Martínez, A., (2019). Tipo de vida sexual, autoeficacia y actitud sobre las conductas sexuales de riesgo. *Journal Health NPEPS, 4*(2), 104-117. [doi:10.30681/252610103843](https://doi.org/10.30681/252610103843)
- Guerra, O. (2017). *Modelo de conducta sexual del migrante en las fronteras de Matamoros y Reynosa* (Disertación doctoral). Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

- Hurtado de Mendoza, M., Veytia, M., Guadarrama, R. & González, C. (2017). Asociación entre múltiples parejas sexuales y el inicio temprano de relaciones sexuales coitales en estudiantes universitarios. *Nova scientia*, 9(19), 615-634. [doi:10.21640/ns.v9i19.849](https://doi.org/10.21640/ns.v9i19.849)
- Kasen, S., Vaugahan, R.D. & Walter, H.J. (1992). Self-Efficacy for AIDS Preventive Behaviors among Tenth Grade Students. *Health Education Quarterly*, 19, 187-202. [doi:10.1177/109019819201900204](https://doi.org/10.1177/109019819201900204)
- Leal, F., Molina, G., Luttgés, C., González, A., & Gonzalez, A. (2018). Edad de inicio sexual y asociación a variables de salud sexual y violencia en la relación de pareja en adolescentes chilenos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(2), 149-160. [doi:10.4067/s0717-75262018000200149](https://doi.org/10.4067/s0717-75262018000200149)
- López, F., & Moral, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública*, 43(5), 421-432.
- Losa-Castillo, R. I., & González-Losa, M. D. R. (2018). Conductas sexuales en adolescentes de una escuela secundaria en Mérida, Yucatán, México. *Revista biomédica*, 29(3), 81-87. [doi:10.32776/revbiomed.v29i3.625](https://doi.org/10.32776/revbiomed.v29i3.625)
- Luces, L., Porto, E., Mosquera, P., & Tizón B. (2015). Una manera diferente de abordar la sexualidad, la contracepción y la prevención de infecciones de transmisión sexual desde la escuela en la Costa da Morte. *Enfermería global*, 14(3): 1-18. [doi:10.6018/eglobal.14.3.199371](https://doi.org/10.6018/eglobal.14.3.199371)
- Mendoza, L., Claros, D., & Peñaranda, C. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3), 243-253. [doi:10.4067/S0717-75262016000300012](https://doi.org/10.4067/S0717-75262016000300012)
- Orcasita, L., Mosquera, J., & Carrillo, T. (2018). Autoconcepto, autoeficacia y conductas. *Informes Psicológicos*, 18(2), 141-168. [doi:10.18566/infpsic.v18n2a08](https://doi.org/10.18566/infpsic.v18n2a08)
- 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*, 7(14), 1-14. [doi:10.23913/ride.v7i14.264](https://doi.org/10.23913/ride.v7i14.264)
- Parra, J., & Pérez, R. (2010). Comportamiento sexual en adolescentes y su relación con variables biosociales. *Perinatología y Reproducción Humana*, 24(1), 7-19.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2015). *Health promotion in nursing practice*. Boston, MA: Pearson.
- Pereyra, C., Ronchieri, C., Rivas, A., Trueba, D., Mur, J., & Páez, N. (2018). Autoeficacia: una revisión aplicada a diversas áreas de la psicología. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 16(2), 299-325.
- Pérez, A., Tobon, A., Mesa, M., Bustamante, R., & Montoya, M. (2012). Consumo de drogas y prácticas sexuales de los adolescentes de la ciudad de Medellín (Colombia). *Adicciones*, 24(4), 347-363.

- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA. (2019). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/Sida en México: Actualización al cierre 2019. Recuperado de <https://www.gob.mx/censida/documentos/epidemiologia-registro-nacional-de-casos-de-sida>
- Resnick, B., & Jenkins, L. S. (2000). Testing the reliability and validity of the self-efficacy for exercise scale. *Nursing research*, 49(3), 154-159. [doi:10.1097/00006199-200005000-00007](https://doi.org/10.1097/00006199-200005000-00007)
- Roca, M. (2002). Autoeficacia: Su valor para la psicoterapia cognitivo conductual. *Revista Cubana de Psicología*, 19(3), 195-200.
- Sanders, S. A., Hill, B. J., Crosby, R. A., & Janssen, E. (2014). Correlates of condom associated erection problems in young, heterosexual men: Condom fit, self-efficacy, perceptions, and motivations. *AIDS and Behavior*, 18(1), 128-134. [doi:10.1007/s10461-013-0422-3](https://doi.org/10.1007/s10461-013-0422-3)
- Secretaría de Salud. (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Recuperado de: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)
- Uribe, J., Bahamón, J., Reyes, L., Trejos, A., & Alarcón, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y uso del condón en jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(1), 203-211. [doi:10.14718/ACP.2017.20.1.10](https://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.1.10)
- Villegas, N., Cianelli, R., Santisteban, D., Lara, L., & Vargas, J. (2016). Factores que influyen la adquisición de infecciones de transmisión sexual y VIH en mujeres jóvenes chilenas que participaron en la intervención online I-STIPI. *Hispanic Health Care International*, 14(1), 47-56. [doi:10.1177/1540415316629682](https://doi.org/10.1177/1540415316629682)
- Zimmerman, B. J., Kitsantas, A., & Campillo, M. (2005). Evaluación de la Autoeficacia Regulatoria: Una Perspectiva Social Cognitiva. *Revista Evaluar*, 5(1), 1-21. [doi:10.35670/1667-4545.v5.n1.537](https://doi.org/10.35670/1667-4545.v5.n1.537)