



FACTORES PROTECTORES Y CONDUCTAS SEXUALES PROTEGIDAS EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA VENEZOLANOS

PROTECTIVE FACTORS AND PROTECTED SEXUAL BEHAVIORS IN VENEZUELAN HIGH SCHOOL STUDENTS

Jesús Manuel Guerrero Alcedo

Universidad Científica del Sur, Lima, Perú

<https://orcid.org/0000-0001-7429-1515>

jguerreroa@cientifica.edu.pe

Adriana Isabel Lucena Torrellas

Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Barquisimeto, Venezuela

<https://orcid.org/0000-0001-6781-7603>

Lorena del Carmen Espina Romero

Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú

<https://orcid.org/0000-0002-6637-8300>

Cómo citar este texto:

Guerrero Alcedo, J.M., Lucena Torrellas, A.I. y Espina Romero, L.C. (2022). Factores protectores y conductas sexuales protegidas en estudiantes de secundaria venezolanos. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 22(2), 46-62. doi: 10.21134/haaj.v22i2.656

Resumen

Introducción: el comportamiento sexual ha cobrado mayor énfasis entre los profesionales dedicados a la salud, debido a las repercusiones sociales y personales que ha originado en las nuevas generaciones. El mismo se ha convertido en un problema de salud pública a nivel nacional e internacional, el cual incide en una población tan vulnerable como son los adolescentes. *Objetivo:* este estudio se propone evaluar empíricamente la influencia directa e indirecta de la edad, el sexo, la autoeficacia para prevenir el VIH, la resiliencia sexual, el bienestar psicológico, el autoconcepto, el apoyo social funcional y la comunicación familiar sobre los comportamientos sexuales protegidos en estudiantes de secundaria venezolanos. *Método:* comprende un estudio no experimental, correlacional, explicativo y con un diseño transversal. Se ha tomado una muestra de 317 estudiantes, seleccionados bajo un muestreo no probabilístico accidental. *Resultados:* se encontró que los comportamientos sexuales de protección se ven influidos de manera directa por la autoeficacia para la prevención del VIH, la resiliencia sexual y el autoconcepto, e indirecta por el apoyo social funcional, el sexo y la comunicación familiar. *Conclusión:* Estos hallazgos permitirán diseñar estrategias de promoción de la salud que fomenten recursos personales que ayudarán a los estudiantes a mantener comportamientos sexuales seguros.

Abstract

Introduction: sexual behavior has gained greater emphasis among health professionals due to the social and personal repercussions it has caused in new generations. It has become a public health problem at national and international level, which affects such a vulnerable population as adolescents. *Purpose:* this study aims to empirically evaluate the direct and indirect influence of age, sex, self-efficacy to prevent HIV, sexual resilience, psychological well-being, self-concept, functional social support and family communication on protected sexual behaviors in Venezuelan high school students. *Method:* it comprises a non-experimental, correlational, explanatory study with a cross-sectional design. A sample of 317 students was taken, selected under an accidental non-probabilistic sampling. *Results:* it was found that protective sexual behaviors are directly influenced by HIV prevention self-efficacy, sexual resilience and self-concept, and indirectly by functional social support, sex and family communication. *Conclusion:* These findings will allow the design of health promotion strategies that foster personal resources that will help students maintain safe sexual behaviors.

Palabras clave

Factores protectores, conducta sexual, estudiantes, salud sexual, Venezuela.

Keywords

Protective factors, sexual behavior, students, sexual health, Venezuela.

La conducta sexual en los adolescentes ha cobrado gran trascendencia entre los profesionales que se dedican a proporcionar atención en salud, debido al impacto que ha originado en generaciones recientes y el cual es evidenciado en el crecimiento de las estadísticas de embarazos no planificados, riesgos de abortos, matrimonios apresurados, deserción escolar, desempleo, violencia, pobreza y una alarmante incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) como el VIH (Ministerio del Poder Polular para la Salud, 2018; Guerrero, 2014).

Este comportamiento genera un impacto a nivel biológico, psicológico y social en una población tan vulnerable como los adolescentes. Esta vulnerabilidad se caracteriza por la presencia de alta energía sexual, con la que se obtiene la madurez física antes que la psicológica, por lo que son menos conscientes de las consecuencias de sus acciones. En esta etapa, a veces es difícil acceder a información sobre educación sexual, por lo que los individuos se encuentran con serios obstáculos para obtener métodos de protección sexual y medidas preventivas contra las infecciones de transmisión sexual.

La conducta sexual del adolescente esta asociada a múltiples factores que según sus características son considerados de riesgo o de protección. Los factores de riesgo pueden facilitar la aparición de problemas sociales y de salud, estos comprenden el conjunto de condiciones, circunstancias o características del individuo, que favorecen el aumento considerable de la probabilidad de que ocurra una lesión o daño. En este ámbito, una conducta sexual de riesgo se consideraría cuando hay una exposición del adolescente a una situación que podría generar daños a su propia salud o a la de otros, a través de la posibilidad de contaminación por infecciones sexualmente transmisibles (Alfonso & Figueroa, 2017). Dentro de estos factores destacan: la temprana edad de inicio en las relaciones sexuales coitales (a los 15 años o antes) (Pinzón & Vernaza, 2017; Castillo et al., 2017), la omisión del uso del preservativo y la frecuencia de las relaciones sexuales (Hernández et al., 2020; Uribe et al., 2017), la actitud negativa hacia el preservativo (Mthembu et al., 2019; Baru et al., 2020), el bajo nivel socioeconómico (Valencia et al., 2019; Paulin et al., 2013; Rivera et al., 2016), menor adaptación escolar (Cruces et al., 2017) menor nivel de asertividad (Schmid et al., 2015), consumo de drogas (García et al., 2017; Okoro et al., 2019; Arasi & Ajuwon, 2020; Starks et al., 2020), infidelidad y la multiplicidad de parejas (Ashenhurst et al., 2017; Bowelo et al., 2020), entre otros.

Las investigaciones han demostrado que el comportamiento sexual es difícil de modificar, y que no solo con los conocimientos que se tengan de él se logra promover cambios comportamentales en este campo. Sin embargo, pese a esta dificultad, los beneficios para la salud de la población que se derivan de la promoción de una sexualidad saludable en adolescentes convierten en una prioridad las intervenciones en este ámbito.

Muchas investigaciones en latinoamerica y principalmente en nuestro país se han enfocado en el estudio del riesgo sexual. Esto ha generado una brecha importante en la evaluación de los aspectos positivos del ser humano y ha dado lugar a un movimiento en la psicología que realza las potencialidades, fortalezas y recursos personales en los individuos, destacando los factores protectores que ayudan a promover una mejor salud en las personas, especialmente de los adolescentes, en lugar de centrarse solamente en el riesgo. Estos factores protectores pueden considerarse como características personales o ambientales, o percepciones sobre ellas, que pueden mitigar los efectos negativos sobre la salud y el bienestar.

Son diversos los factores que protegen a los adolescentes de llevar a cabo prácticas sexuales de riesgo. Entre ellos tenemos niveles altos de resiliencia sexual (Castillo & Benavides, 2012; Castillo et al., 2017; Woodward et al., 2017), apoyo social (Althoff et al., 2017; Bruederle et al., 2019), autoconcepto (Orcasita et al., 2018), bienestar psicológico (Goncalvez et al., 2007; Castro, 2021), autoeficacia para prevenir el VIH (Boone et al., 2015; Baru et al., 2020; Navarrete et al., 2021; Orcasita et al., 2018), comunicación familiar (Vongsavanh et al., 2020; Lantos et al., 2019), una menor edad (Castillo et al., 2017) y ser mujer (Morales et al., 2014; Castillo et al., 2017).

Es evidente que múltiples factores contribuyen al mantenimiento de la salud, mejorando el bienestar y los comportamientos saludables que son fundamentales para prevenir enfermedades o consecuencias adversas en los adolescentes y jóvenes (Guerrero & Sánchez, 2015; Guerrero et al., 2020). Sin embargo, no basta con considerar únicamente la unidireccionalidad de las variables. Es necesario que el comportamiento se determine como un producto multivariado, de manera que se deben considerar los múltiples factores que proporcionan un comportamiento sexual saludable.

El modelo de resiliencia sexual de Castillo y Benavides (2012) es uno de los modelos que incorpora un conjunto de recursos y fortalezas que permiten al adolescente contrarrestar los factores de riesgo sexual, haciendo que estos lleven a cabo conductas sexuales protegidas. Ante esto, existen factores protectores a nivel social, familiar y personal que ayudan a los adolescentes a hacer frente a los distintos problemas psicosociales, proporcionando una mejor capacidad de recuperación y respuestas ante situaciones de riesgo.

Por tanto, la importancia de esta investigación radica no solo en la teoría, sino también en la práctica, porque asume una posición diferente y novedosa al utilizar variables que protegen ante el riesgo sexual y promueven el potencial humano. Los aportes prácticos se verán reflejados en la implementación de programas de salud que tomen en consideración el fortalecimiento de las variables protectoras enfatizando en la promoción de la salud y no solo en la prevención de enfermedades.

Este estudio pretende verificar empíricamente a través de un diagrama de ruta, de qué modo variables como edad, sexo, autoeficacia para prevenir el VIH, resiliencia sexual, bienestar psicológico, autoconcepto, apoyo social funcional y comunicación familiar, se relacionan de manera directa o mediada con los comportamientos sexuales de protección en una muestra de estudiantes de secundaria venezolanos.

Método

Diseño de investigación

La presente investigación corresponde a un estudio cuantitativo, de campo, no experimental de alcance correlacional y nivel explicativo, con un diseño transversal.

Participantes

El grupo de estudio estuvo conformado por 317 estudiantes (45.8% hombres y 54.2% mujeres) de tres instituciones de educación media y diversificada de tres ciudades venezolanas: Barquisimeto (Estado Lara), San Felipe y Chivacoa (Estado Yaracuy), cuyas edades oscilaron entre los 13 y 20 años. Los participantes fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico de tipo accidental y cuyos criterios de selección fueron: ser estudiantes de educación media y diversificada, tener voluntad y disposición física de llenar la batería de instrumentos y que hayan dado su consentimiento informado. Se eliminaron aquellos estudiantes que respondieron de manera incompleta o incorrectamente los instrumentos. En la tabla 1 se presenta una descripción de la muestra.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

VARIABLES	F	%
Sexo		
Hombre	145	45.8
Mujeres	172	54.2
Edad	(M=15.48 ± 1.35)	
13 años	11	3.6
14 años	72	22.7
15 años	82	25.8
16 años	86	27.1
17 años	49	15.6
18 años	9	2.7
19 años	4	1.3

FACTORES PROTECTORES Y CONDUCTAS SEXUALES PROTEGIDAS EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA VENEZOLANOS

20 años	4	1.3
Procedencia		
Estado Lara	167	52.8
Estado Yaracuy	150	47.2
Grado de estudio (Secundaria)		
Segundo	31	9.8
Tercero	68	21.3
Cuarto	110	34.7
Quinto	108	34.2
Nivel socioeconómico familiar		
Alto	27	8,51
Medio	159	50.15
Bajo	131	41.32
Afilación religiosa		
Católica	140	44.2
Evangelica	36	11.4
Musulmanes	12	3.8
Otras	10	3.1
Ninguna	16	5.0
No respondió	103	32.5
Práctica la religión		
Si	162	51.2
No	155	48.8

Instrumentos

En la recolección de los datos se usó en primer lugar una hoja de datos sociodemográficos ad hoc que consta de doce preguntas con respuestas abiertas, dicotómica o policotómicas que contenía la siguiente información: sexo, edad, estado de procedencia, grado de estudio, nivel socioeconómico, afiliación religiosa, práctica religiosa, relación de noviazgo, práctica de relaciones sexuales alguna vez en la vida, práctica de relaciones sexuales en la actualidad, edad de inicio de relaciones sexuales, tipo de contacto sexual y número de parejas sexuales.

Escala de Conducta Sexual para la Prevención del VIH / SIDA (Duran & García, 2000; Reyes, 2002). Contiene 24 ítems, distribuidos en dos dimensiones: conocimiento y acción, una escala de respuesta tipo Likert con tres opciones: nunca (1), algunas veces (2), siempre (3); su puntuación va de 24 a 72 puntos, donde una puntuación mayor indica un mejor comportamiento sexual que puede prevenir la propagación del VIH/SIDA. Para este estudio, la confiabilidad se obtuvo por medio del alfa de Cronbach es de .81.

Escala Multidimensional de Autoconcepto (AF5) (García & Musitu, 2014), que incluye 24 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: académica, familiar, física y social. Tiene una escala de respuesta tipo Likert de cinco opciones, que van desde “completamente en desacuerdo” hasta “completamente de acuerdo”. Cuanta más alta sea la puntuación, más fuerte será el autoconcepto del participante. Para este estudio, la confiabilidad alfa de Cronbach es .77.

Autoeficacia en la prevención del VIH / SIDA (SEA-27) (López & Moral, 2001). El cuestionario consta de 27 ítems tipo Likert y utiliza una escala de respuesta de 5 puntos. Esto mide tres aspectos: a) la capacidad de negarse a tener relaciones sexuales bajo cualquier circunstancia, b) la capacidad de preguntarle a la pareja sobre relaciones

sexuales anteriores y otros comportamientos sexuales peligrosos, y c) la capacidad de adquirir y usar condones correctamente. Para este estudio, la confiabilidad alfa de Cronbach es .88.

Escala de Bienestar Psicológico para adolescentes (BIEPS-J) (Casullo & Castro, 2000). La escala evalúa cuatro aspectos de la salud mental: control de la situación, conexiones psicosociales, proyectos y autoaceptación. Consta de 13 ítems y tiene una escala tipo Likert, con tres opciones desde “Acuerdo” (3) a “desacuerdo” (1). Cuanto mayor sea la puntuación, mejor será el bienestar psicológico. Para este estudio, la confiabilidad alfa de Cronbach es .91.

Escala de Resiliencia para Sexo Seguro (Castillo et al., 2012), que consta de 22 ítems. La escala de respuesta Likert de cinco alternativas que van desde “Muy en desacuerdo” (1) a “Muy de acuerdo” (5), con rango de puntuación entre 22 y 110. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor será la resiliencia sexual. La escala consta de dos dimensiones: capacidad personal y aceptación de uno mismo y de la vida. La confiabilidad del alfa de Cronbach en este estudio es de .89.

Escala de Comunicación Padres-Hijos/as (CA-M/CA-P) (Barnes & Olson, 1982) constituida por 20 ítems y cuatro dimensiones: Apertura Madre, Apertura Padre, Problemas Madre y Problemas Padre. Los puntajes de la escala se toman en cuenta por sus dimensiones y no a nivel general. Para el presente estudio se obtuvo una confiabilidad entre .70 y .84 para cada dimensión.

Cuestionario de Apoyo Social Funcional (DUFSS) (Broadhead et al., 1988) que recoge información en cuanto a la disponibilidad de algunos individuos para proporcionar ayuda en los problemas, habilidades en las relaciones sociales y comunicación empática y emotiva. Esto incluye 11 ítems, distribuidos en dos dimensiones: afectivo y confianza. Utiliza la escala tipo Likert con 5 alternativas: Mucho menos de lo que deseo (1), menos de lo que deseo (2), ni mucho ni poco (3), casi como deseo (4), tanto como deseo (5). La confiabilidad obtenida en el presente estudio es de .84.

Procedimiento

El procedimiento seguido consistió primeramente en la solicitud de permisos a los centros educativos para la aplicación de los instrumentos. Luego, se procedió a gestionar el consentimiento y asentimiento informado de cada uno de los estudiantes que constituyeron la muestra de estudio y de sus padres, en caso de que fuesen menores de 18 años. Posteriormente se dieron las instrucciones para la aplicación de los instrumentos de manera verbal y escrita. Este estudio fue revisado, aprobado y financiado por el Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico y Tecnológico de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (CDCHT-UCLA) bajo el código N° 005-HA-2014-2, se consideró sin riesgo alguno ya que la información fue adquirida por medio de cuestionarios, en tanto no se ejecutaron intervenciones que expusieran la integridad física y psicológica de los estudiantes. Se hizo saber a cada participante la confidencialidad y el resguardo de sus respuestas en todo momento, los riesgos y beneficios, así como su disposición de retirarse del estudio cuando así lo consideraran, cumpliendo de esta manera con los principios éticos establecidos en el Código de Ética del Psicólogo en Venezuela.

Análisis de datos

Finalmente, se corrigieron los instrumentos teniendo en consideración las especificaciones que hacen los autores de estos. Se recopilaban los indicadores vaciándose en una hoja de datos en el programa estadístico SPSS 22.0 para su respectivo análisis. En primer lugar, se utilizaron estadísticos descriptivos como análisis de frecuencia, media, valor mínimo y máximo, desviación estándar, coeficientes de asimetría y curtosis, con el fin de estudiar la distribución y el comportamiento de las variables sociodemográficas, así como de cada una de las variables implicadas en el estudio. En segundo lugar, previo al cumplimiento de los supuestos estadísticos, se procedió a estimar el coeficiente de regresión estandarizado (Beta) mediante la técnica de cálculo de correlación múltiple, usando para ello el coeficiente de correlación de Pearson. En cuanto a la magnitud de los coeficientes Beta,

partiendo del hecho que fuesen significativos ($p < .05$), el grado de magnitud de los coeficientes normalizados se interpretó de la siguiente manera: $>.8$ se consideraron grandes, $.5$ moderados y $<.2$ pequeños (Jackson et al., 2005). Por último, se estimaron los efectos directos e indirectos.

Resultados

La muestra estuvo constituida por 317 estudiantes, 45.8% hombres y 54.2% mujeres, en edades comprendida entre 13 y 20 años (15.48 ± 1.350). En cuanto a la edad a la que comenzaron las relaciones sexuales, solo 82 participantes respondieron y esta osciló entre los 7 y los 20 años (13.67 ± 3.560). Por otra parte, el 59.5% manifestó tener novio(a) y el 40.5% no. En relación con la pregunta de haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida, el 26.5% respondió de manera positiva y el 40.7% de manera negativa, el 32.8% restante no respondió. Además, el 17% de los encuestados mantienen relaciones sexuales actualmente, el 47.9% se encuentra en abstinencia sexual y el 35% restante no respondió. El tipo de contacto sexual estuvo distribuido de la siguiente manera: 27.8% ha tenido contacto sexual sin penetración, 17.7% con penetración, 18.6% no han mantenido ningún tipo de contacto sexual y el 36% no respondió. Por último, el 12.9% de los sujetos respondieron que ha mantenido relaciones sexuales con dos o más parejas, el 15.8% con una sola pareja sexual, el 35% no ha tenido parejas sexuales y el 36.3% no respondió.

En cuanto a los estadísticos descriptivos de las variables implicada en el modelo, en la Tabla 2, se puede observar que la muestra de estudiantes se caracteriza por presentar niveles altos de comportamientos sexuales protegidos, resiliencia sexual, apertura madre, autoconcepto, bienestar psicológico y apoyo social funcional; niveles moderados de problemas con la madre, problemas con el padre y autoeficacia para la prevención del VIH, así como niveles bajos de apertura con el padre.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las variables de estudio

Variables	Puntajes					
	Minimo	Máximo	Media	DT	Asimetría	Curtosis
Comportamiento sexual de protección	17	74	54.91	9.69	-.138	.276
Resiliencia Sexual	20	100	65.89	14.74	-.554	.276
Apertura Madre	10	47	34.15	7.89	-.544	-.342
Apertura Padre	10	63	29.68	8.88	-.191	-.039
Problema Madre	7	45	27.23	5.67	.004	.115
Problema Padre	10	45	26.11	6.51	-.295	.478
Autoconcepto	46	110	86.46	10.93	-.524	.397
Bienestar Psicológico	13	39	33.21	6.23	.137	.273
Autoeficacia para la prevención del VIH	3	183	86.37	26.26	.129	.446
Apoyo Social Funcional	11	62	44.16	8.82	-.139	.277

Seguidamente se determinó el cumplimiento de los supuestos requeridos para la realización del análisis de trayectoria. En la Tabla 2, a través de los estadísticos de asimetría y curtosis se evidencia una distribución normal y homogénea de los puntajes alrededor de la media. Asimismo, los resultados de la prueba de Durbin-Watson (2.002), tolerancia (.587 a .935) y FIV (1.05 a 1.70) reflejan el cumplimiento de los supuestos de independencia de los residuos y colinealidad, al encontrarse en los valores permitidos por dichas pruebas, por lo cual se puede llevar a cabo el análisis de trayectoria.

Ahora bien, con el fin de comprobar el diagrama de ruta y estudiar las posibles relaciones planteadas, se llevó a cabo un path análisis mediante el método de regresión múltiple para cada una de las variables endógenas del modelo. De esta manera se verificó la influencia directa e indirecta que se ejerce entre las mismas y se analizó de derecha a izquierda. Se tomó como nivel de significancia un valor alfa menor a .05.

En relación con el *comportamiento sexual de protección*, se obtuvo un coeficiente de correlación múltiple moderado y significativo ($R=.506$) con la combinación lineal de las variables predictoras (resiliencia sexual, apertura madre, apertura padre, problema madre, problema padre, autoconcepto, bienestar psicológico, autoeficacia para la prevención del VIH, apoyo social funcional, edad y sexo). Al evaluar la influencia de cada variable predictor sobre los comportamientos sexuales protegidos, a través de los coeficientes de regresión Beta, se pudo observar que la variable que mejor la explica es la autoeficacia para la prevención del VIH, seguida por el autoconcepto y la resiliencia sexual (Tabla 3).

Tabla 3. Coeficiente de correlación múltiple y predictores de las conductas sexuales de protección

Variables	Correlación Múltiple					Coeficientes de regresión		
	R	R ²	R ² α	F	p	β tipificado	t	p
Comportamiento sexual de protección	.506	.256	.213	5.93	.000			
Resiliencia sexual						.169	2.530	.012*
Apertura Madre						.059	.717	.474
Apertura Padre						.024	.308	.759
Problema Madre						.092	1.163	.246
Problema Padre						.014	.181	.857
Autoconcepto						.187	2.358	.019*
Bienestar Psicológico						-.046	-.705	.482
Autoeficacia para la prevención del VIH						.300	4.148	.000**
Apoyo social funcional						-.014	-.175	.861
Edad						.008	.113	.910
Sexo						.113	1.754	.081
Resiliencia Sexual	.364	.133	.098	3.82	.000			
Apertura Madre						-.014	-.174	.862
Apertura Padre						.156	1.925	.056
Problema Madre						.242	2.995	.003**
Problema Padre						-.151	-1.81	.071
Autoconcepto						-.082	-1.04	.298
Edad						.060	.921	.359
Sexo						-.146	-2.09	.038*
Autoeficacia para la prevención del VIH						.228	3.191	.002**
Autoeficacia para la prevención del VIH	.366	.134	.108	5.20	.000			
Apertura Madre						.288	3.874	.000**
Apertura Padre						.047	.601	.548
Problema Madre						-.005	-.068	.946
Problema Padre						.164	1.966	.047*
Edad						.069	1.051	.295
Sexo						.121	1.762	.080
Bienestar Psicológico	.176	.031	.025	4.89	.008			
Autoconcepto						.128	2.246	.025*
Autoeficacia para la prevención del VIH						.097	1.700	.090
Apertura Madre	.535	.286	.277	28.9	.000			
Apoyo social funcional						.243	3.684	.000**
Autoconcepto						.364	5.517	.000**

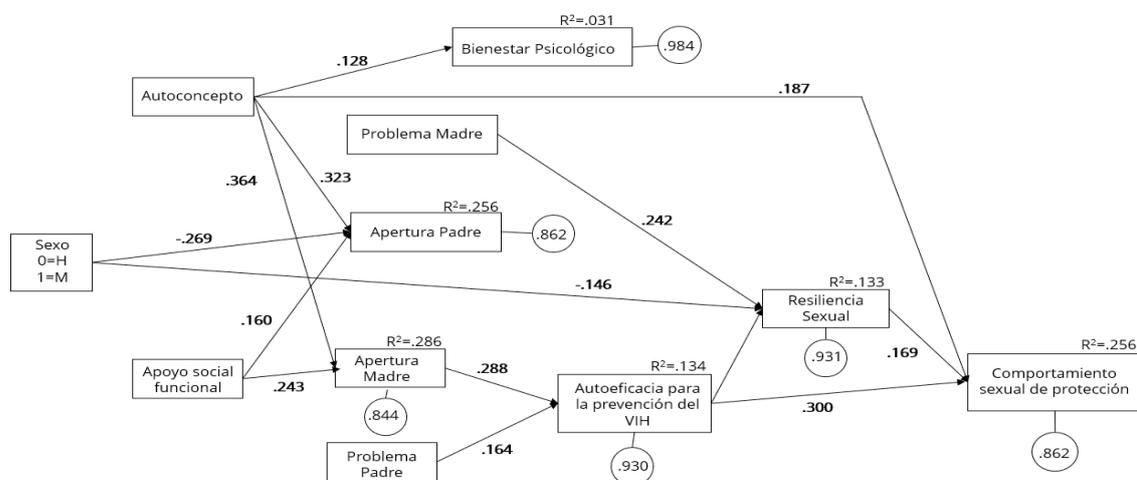


Figura 1. Diagrama de ruta obtenido

Discusión

La presente investigación se propuso verificar la influencia directa e indirecta de la edad, el sexo, la autoeficacia para la prevención del VIH, la resiliencia sexual, el bienestar psicológico, el autoconcepto, el apoyo social funcional y la comunicación familiar sobre los comportamientos sexuales de protección en una muestra de estudiantes de secundaria en edades comprendidas entre 13 y 20 años.

Los resultados indican que los estudiantes encuestados presentaron niveles altos de comportamientos sexuales protegidos, el cual está en concordancia con los resultados encontrados en México (Reyes, 2002) y Venezuela (Baptista & Umbría, 2016) quienes, al utilizar el mismo instrumento, encontraron altos porcentajes de adolescentes que afirmaban buscar información y consejos sobre el VIH para no contagiarse y ejercer su sexualidad con responsabilidad. De la misma manera, entre las acciones que reportaron llevar a cabo destacan: la no exposición al riesgo de enfermedad como VIH/SIDA, el evitar invitaciones o sostener relaciones sexuales con desconocidos y el mantener una pareja estable.

Los resultados muestran que las variables de resiliencia sexual, autoeficacia en la prevención del VIH y autoconcepto pueden predecir mejor el comportamiento sexual protegido. En cuanto a la resiliencia sexual, se ha encontrado que aquellos adolescentes y jóvenes que presentan un mayor desarrollo de la resiliencia son quienes practican en mayor medida los comportamientos sexuales seguros (Castillo & Benavides, 2012; Fergus & Zimmerman, 2005). Para algunos autores la conducta sexual de los adolescentes representa un riesgo personal para el contagio de infecciones de transmisión sexual, la cual puede ser compensada con recursos personales resilientes que permitan al adolescente planear su futuro distanciándose de situaciones de riesgo sexual (Fergus & Zimmerman, 2005). La resiliencia sexual permitirá a los adolescentes adoptar conductas sexuales protegidas y reducir los factores de riesgo sexual y los relacionados con la etapa del desarrollo. Debido a que los adolescentes se encuentran en un estado de vulnerabilidad constante, los factores protectores harán que los adolescentes tomen decisiones adecuadas ante situaciones de riesgo sexual (Castillo & Benavides, 2012).

La resiliencia sexual también se ve influida por variables como los problemas de comunicación con la madre, la autoeficacia para la prevención del VIH y el sexo femenino, por consiguiente, una mayor percepción de las variables mencionadas está relacionado con una mayor resiliencia sexual. Un estudio en España ha encontrado que la comunicación con la madre resulta ser un factor de protección ante conductas sexuales riesgosas (Ramiro et al., 2013). Estos datos resultan contradictorios al presente estudio, ya que no se halló relación entre la comunicación con la madre y las conductas sexuales protegidas. Sin embargo, el no presentar problemas de comunicación con

la madre, a quien se le ha dado el rol y la responsabilidad de la educación sexual dentro del hogar (Gilliam et al., 2007), se activan mecanismos que van a permitir al adolescente ser más resiliente y de esta manera favorecer la práctica de comportamientos sexuales protegidos. Por otra parte, en relación con la autoeficacia para prevenir el VIH y siguiendo lo planteado por Bandura (1986) se dice que, cuando las personas logran un control sobre los sucesos que perturban sus vidas (alternativa para garantizar beneficios personales y sociales), estos son más capaces de tomar acciones futuras para evitar que vuelvan a suceder, incorporando estas habilidades a su repertorio e incrementando de esta manera sus niveles de resiliencia. Por último, algunos estudios han encontrado que las mujeres presentan una mayor resiliencia sexual en comparación con los hombres (Prado & Águila, 2003; Rodríguez & Díaz, 2011), lo que va en consonancia con lo encontrado en el presente estudio.

En relación a la influencia de la autoeficacia para la prevención de VIH sobre los comportamientos sexuales protegidos, un estudio realizado en la provincia de Chiriquí (Panamá) ha reportado datos contradictorios al nuestro, siendo este un factor de riesgo para la práctica de conductas sexuales protegidas, puesto que los adolescentes que han mantenido relaciones sexuales poseen mayor conocimiento y también mayor práctica en todos los ámbitos del comportamiento sexual, el cual los hace que perciban mayor control de las situaciones y continúen realizando conductas de riesgo en un futuro (Ramiro et al., 2013). La diferencia encontrada en los resultados del estudio anterior con respecto al presente estudio podría explicarse por el alto porcentaje de adolescentes que se han iniciado en las relaciones sexuales, un 60,20% frente a un 26,5% reportado en este estudio. No obstante, en otros estudios se han reportado resultados similares, donde se evidencia una relación positiva entre la autoeficacia para conductas sexuales seguras y el uso del condón (Navarrete et al., 2021; Outlaw et al., 2010). Además, otro estudio confirma en sus resultados que la autoeficacia para prevenir el VIH es una variable protectora que está asociada con la autoeficacia para el rechazo sexual, la actitud para postergar las relaciones sexuales y las consecuencias de la infección del VIH (Atwood et al., 2010).

De esta manera, los adolescentes con mayor capacidad de autoeficacia para la prevención de VIH pueden controlar mejor las condiciones que los ponen en riesgo sexual, y tienen una mejor capacidad para lidiar con ellos y evitar que vuelvan a suceder. Asimismo, tienen mayor percepción para adquirir y usar correctamente el condón, practicar la monogamia y rechazar relaciones sexuales peligrosas; estas conductas hacen que el adolescente se sienta capaz de lograr lo que se propone, por consiguiente, se sientan motivados a realizar comportamientos sexuales seguros (Castillo & Benavides, 2012).

Por otra parte, los resultados muestran que la autoeficacia para la prevención del VIH se ve influenciada por la relación que tengan los adolescentes con sus padres. Es decir, mientras más apertura comunicativa tenga con la madre y mayores problemas de comunicación con el padre para hablar de temas sexuales, mayor capacidad tendrán los adolescentes para controlar las situaciones de riesgo sexual y mejor capacidad para resolverlas y evitar que sucedan de nuevo. Algunos autores indican que la comunicación con la figura materna ha mostrado ser un factor protector, ya que retrasa el inicio de las relaciones sexuales con penetración y sin penetración (Lenciauskiene & Zaborkis, 2008; Paulin et al., 2013), resultado que contradice lo postulado por otros autores quienes afirman que la relación del adolescente con sus padres no influye en su comportamiento sexual (Sánchez et al., 2010). Ahora bien, uno de los resultados novedosos del presente estudio es que los problemas comunicativos con el padre se presentan como un factor protector para llevar a cabo conductas sexuales protegidas. Sobre este planteamiento, algunos autores afirman que la apertura en la comunicación con el padre constituye un factor de riesgo para conductas sexuales peligrosas, donde los que mantienen una comunicación sobre temas sexuales con su padre son los que llevan a cabo relaciones sexuales coitales con más frecuencia (Ramiro et al., 2013). Esta diferencia puede estar asociada con los roles de género, ya que la educación sexual dentro del seno familiar se delega a la madre y no al padre (Gilliam et al., 2007; Turnbull et al., 2008). El mensaje de la madre puede ser negativo y de rechazo respecto al sexo, por ello es posible que el contenido de la conversación sea diferente en función de con cuál de los padres se mantenga la comunicación acerca del sexo.

Por otro lado, los resultados muestran que la apertura en la comunicación con ambos padres se ve influenciada por la percepción de apoyo social funcional por parte del adolescente, así como por su nivel de autoconcepto. De igual manera, las mujeres a diferencia de los hombres presentan mayor apertura en la comunicación con su padre. Sobre este asunto, Musitu y Cava (2003) afirman que el apoyo social provee, en este caso al adolescente, de

la percepción de poder contar con personas de confianza a las cuales puedan expresar emociones y/o problemas o simplemente tener la sensación de ser escuchados y aceptados como persona. Esto permite una mayor apertura en el establecimiento de conversaciones con sus padres sobre sus problemas, más que hablar sobre temas de sexualidad (Andrade et al., 2006). Por su parte, Castillo y Benavides (2012) destacan que un adolescente con un autoconcepto y autoestima alta es aquel que posee sentimiento de capacidad y estima personal, siendo esta la suma de confianza, decisiones y respeto por sí mismo. Estas cualidades les servirán de base para crear vínculos de confianza que les permitirán expresar sus emociones o ser escuchados por ambos padres.

En relación con las diferencias de sexo en la comunicación padre-hijo, los resultados van en concordancia con los encontrados por otras investigaciones, donde el hecho de tener una mayor comunicación la adolescente con su padre es considerado un factor protector, ya que aquellas adolescentes con puntajes más altos en esta dimensión fueron aquellas que habían retardado el inicio de las relaciones sexuales (Andrade et al., 2006). Estos mismos autores encontraron lo contrario en hombres, ya que los adolescentes que presentaban una mayor comunicación tanto de padre como de su madre fueron aquellos que tenían una vida sexual más activa, actuando este como un factor de riesgo.

De igual forma, el autoconcepto es otra de las variables que se ha asociado con los comportamientos sexuales de protección. Estos resultados son similares a los reportados por Orcasita et al. (2018), quienes encontraron que un alto nivel de autoconcepto favorece el uso del condón en la última relación sexual. Además, un alto autoconcepto y autoeficacia se relacionan con el uso del condón y las conductas sexuales seguras (Orcasita et al., 2018). Ahora bien, un alto autoconcepto favorece además un mejor bienestar psicológico en los adolescentes. Estos resultados se asemejan a los reportados por otros investigadores (Jiménez et al., 2020). El bienestar psicológico según Barra (2012), está influido por el modo en que cada persona se percibe y se valora a sí mismo, esto puede reflejarse como fortalezas que posee la persona para hacer frente a diversas situaciones de riesgo.

Para finalizar es oportuno acotar que, del presente estudio se deben tener en cuenta las siguientes limitaciones. En primer lugar, es posible que la existencia del sesgo de deseabilidad social pudo haber influido en los resultados. Cabe destacar que, los seres humanos sienten la necesidad de recibir aprobación social, por lo que tienden a responder de manera socialmente aceptable (Brafford & Beck, 1991). Para abordar el efecto de esta variable es importante que en futuros estudios se incorporen instrumentos que examinen su influencia. En segundo lugar, se tienen los instrumentos de recolección de información, puesto que son medidas de autoinforme; con todas las limitaciones que esto presupone y en comportamientos sexuales podría añadirle la influencia de los estereotipos de género, de modo que los hombres tienden a exagerar sus conductas sexuales y las mujeres a infradeclarar dichas conductas. En tercer lugar, en un inicio fueron incorporadas variables sociodemográficas en el diagrama de ruta, sin embargo, al no tener un efecto significativo con las conductas sexuales protegidas se decidió eliminarlas, ante esto, Pérez et al. (2013) afirman que incluir una cantidad de variables en un análisis de ruta sin un poder predictivo, puede contituir un error de especificación, ya que tiende a generar modelos pocos parsimoniosos y de bajo valor explicativo.

Para futuras investigaciones se recomienda seguir ahondando en las variables de estudio, e incorporar la influencia de otras variables sociodemográficas (ejemplo, nivel académico de los padres, nivel de ingreso familiar, religión) y psicológicas (ejemplo, el bienestar subjetivo, el sentido de vida, estilos de negociación en el uso del preservativo, asertividad sexual, entre otras) que pudiesen ejercer algún efecto protector sobre las conductas sexuales protegidas. De la misma manera, también es importante que se incluya en los programas de promoción y prevención, actividades que incrementen los niveles de resiliencia sexual, autoeficacia para la prevención del VIH y el autoconcepto, para generar así conductas sexuales seguras al momento en que se inicie la actividad sexual.

En conclusión, los hallazgos del presente estudio confirman que un alto porcentaje de estudiantes presentan comportamientos sexuales protegidos, y este puede ser influido de manera directa por variables como la resiliencia sexual, la autoeficacia para la prevención del VIH y los niveles de autoconcepto y de manera indirecta por la comunicación familiar, el apoyo social y el sexo. Estos hallazgos muestran un panorama alentador para el país ante el contexto de crisis que vive en la actualidad, puesto que los estudiantes parecen mostrar mayor conciencia y responsabilidad en el ejercicio de su sexualidad, por ello es conveniente redefinir las estrategias de acción de

los planes de promoción y prevención donde se incluyan nuevas actividades en pro de una sexualidad saludable.

Referencias bibliográficas

Alfonso, L., & Figueroa, L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(2), 143-151.

Althoff, M. D., Theall, K., Schmidt, N., Hembling, J., Gebrekristos, H. T., Thompson, M. M., Muth, S. Q., Friedman, S. R., & Kissinger, P. (2017). Social support networks and hiv/sti risk behaviors among latino immigrants in a new receiving environment. *AIDS and behavior*, 21(12), 3607–3617. <https://doi.org/10.1007/s10461-017-1849-8>

Andrade, P., Betancourt, D., & Palacios, J. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista colombiana de psicología*, 5, 91- 101.

Arasi, O., & Ajuwon, A. (2020). Use of sachet alcohol and sexual behaviour among adolescents in Ibadan, Nigeria. *African health sciences*, 20(1), 14–27. <https://doi.org/10.4314/ahs.v20i1.5>

Ashenhurst, J. R., Wilhite, E. R., Harden, K. P., & Fromme, K. (2017). Number of sexual partners and relationship status are associated with unprotected sex across emerging adulthood. *Archives of sexual behavior*, 46(2), 419–432. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0692-8>

Atwood, K. A., Zimmerman, R., Cupp, P. K., Fongkaew, W., Miller, B. A., Byrnes, H. F., Chamrathirong, A., Rhucharoenpornpanich, O., Chaiphet, N., Rosati, M. J., & Chookhare, W. (2012). Correlates of precoital behaviors, intention and sexual initiation among that adolescent. *The Journal of Early Adolescence*, 32 (3), 364-386. <https://doi.org/10.1177/0272431610393248>

Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4(3), 359-373. <https://doi.org/10.1521/jscp.1986.4.3.359>

Baptista, A., & Umbría, J. (2016). Variables sociodemográficas y psicológicas sobre conductas sexuales protegidas en adolescentes: un análisis de ruta [Trabajo de Investigación]. Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Barquisimeto, Venezuela.

Barnes, H.L., & Olson, D.H. (1982). Parent-Adolescent Communication Scale. In: Olson DH, McCubbin HI, Barnes H, Larsen A, Muxen M, Wilson M. (Eds). *Family Inventories: Inventories Used in a National Survey of Families across the Family Life Cycle*, Family Social Science. EEUU: University of Minnesota.

Barra, E. (2012). Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos. *Diversitas – Perspectivas en Psicología*, 8 (1), 29-38.

Baru, A., Adeoye, I. A., & Adekunle, A. O. (2020). Risky sexual behavior and associated factors among sexually-active unmarried young female internal migrants working in Burayu Town, Ethiopia. *PloS One*, 15(10), e0240695. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240695>

Boone, M.R., Cherenack, E.M., & Wilson, P.A. (2015). Self-efficacy for sexual risk reduction and partner hiv status as correlates of sexual risk behavior among hiv-positive adolescent girls and women. *AIDS Patient Care STDS*, 29(6), 346-353. <https://doi.org/10.1089/apc.2014.0175>

Bowelo, M., Rakgoasi, S. D., & Keetile, M. (2020). Partner faithfulness and sexual reproductive health practices

in Botswana: does perception of partner infidelity influence sexual risk behaviours of people aged 10-34 years?. *Journal of biosocial science*, 52(4), 547-559. <https://doi.org/10.1017/S0021932019000622>

Brafford, J., & Beck, H. (1991). Development and validation of a condom self-efficacy scale for college students. *Journal of American college health*, 39, 219-225. <https://doi.org/10.1080/07448481.1991.9936238>

Broadhead, W., Gehlbach, S., Degruy, F., & Kaplan, B. (1988). The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement for social support in family medicine patients. *Med Care*, 26, 709-723. <https://doi.org/10.1097/00005650-198807000-00006>

Bruederle, A., Delany-Moretlwe, S., Mmari, K., & Brahmbhatt, H. (2019). Social support and its effects on adolescent sexual risk taking: a look at vulnerable populations in Baltimore and Johannesburg. *The Journal of Adolescent Health*, 64(1), 56-62. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.07.004>

Castillo, L., Alvarez, A., Bañuelos, Y., Valle, M., Valdez, C., & Kantún, M. (2017). Edad, Género y Resiliencia en la Conducta Sexual de Riesgo para ITS en Adolescentes al Sur de México. *Enfermería global*, 16 (1), 168-177. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.234921>

Castillo, L., & Benavides, R. (2012). Modelo de resiliencia sexual en el adolescente: teoría de rango medio. *Aquichan*, 12 (2), 169-182. <https://doi.org/10.5294/aqui.2012.12.2.7>

Castillo, L., Benavides, R., & López, F. (2012). Validación de la escala de resiliencia para sexo seguro. En: Díaz R, Rivera S, Reyes I. (Eds). *Vol. XIV de la Psicología Social en México*. México: AMEPSO.

Castro, J.H. (2021). Bienestar Subjetivo-Hedónico y Psicológico-Eudaimónico y el uso de Protección para el Cuidado de la Salud Física en la Sexualidad. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 13 (1), 36-47. <https://doi.org/10.22201/fesi.20070780e.2021.13.1.75906>

Casullo, M., & Castro, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología (Perú)*, 18 (1), 35-68. <https://doi.org/10.18800/psico.200001.002>

Cruces, S., Guil, R., Sánchez, S., & Zayas, A. (2017). Contexto comunicativo, familiar y escolar del adolescente y conducta sexual. *INFAD*, 2 (1), 31-46. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v2.916>

Duran, M., & Garcia, A. (2000). *Confiabilidad de una escala para medir prevención de enfermedades de transmisión sexual* [Trabajo de investigación]. Universidad Autónoma Nuevo León, Monterrey, México.

Fergus, S., & Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review Public Health*, 26, 399-419. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357>.

García, C., Calvo, F., Carbonell, X., & Giral, C. (2017). Consumo intensivo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en población universitaria. *Salud y Drogas*, 17(1), 63-71. <https://doi.org/10.21134/haaj.v17i1.282>

García, F., & Musitu, G. (2014). *AF5: Autoconcepto Forma 5*. Madrid, España: TEA.

Gilliam, G., Berlin, A., Kozloski, M., Hernandez, M., & Grundy, M. (2007). Interpersonal and personal factors influencing sexual debut among Mexican-American young women in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 41, 495-503. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.05.009>

Gonçalves, S., Castellá, J., & Carlotto, M. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 161-166.

Guerrero, J. (2014). Resiliencia Sexual en adolescentes: una revisión desde la Psicología Positiva. *Realitas: Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 2 (1), 45-50.

Guerrero, J.M., & Sánchez, J.G. (2015). Factores protectores, estilos de vida saludable y riesgo cardiovascular. *Psicología y Salud*, 25 (1), 57-71. <https://doi.org/10.25009/pys.v25i1.1339>

Guerrero, J. M., Sánchez, J.G., & López, V. M. (2020). Efecto de los factores protectores sobre los estilos de vida saludable en pacientes con riesgo cardiovascular: un análisis de ruta. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38(1), 100 – 117. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.6233>

Hernández, M., Rodríguez, E., Rojas, L., & Fernández, E. (2020). Programa para la prevención de ITS/VIH-Sida en estudiantes universitarios. *Revista Katharsis*, 29, 49-61.

Jackson, J., Dezee, K., Doglas, K., & Shimeall, W. (2005). *Introduction to Structural Equation Modeling (Path Analysis)*. Disponible en: <http://courses.umass.edu/psyc643/readings/Jackson%20etal.2005.pdf>

Lantos, H., Manlove, J., Wildsmith, E., Faccio, B., Guzman, L., & Moore, K. A. (2019). Parent-Teen Communication about Sexual and Reproductive Health: Cohort Differences by Race/Ethnicity and Nativity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5), 833. <https://doi.org/10.3390/ijerph16050833>

Lenciauskiene, I., & Zaborkis, A. (2008). The effects of family structure, parent-child relationship and parental monitoring on early sexual behaviour among adolescents in nine European countries. *Scandinavian Journal Public Health*, 36, 607-618. <https://doi.org/10.1177/1403494807088460>.

López, F., & Moral, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*, 43 (5), 421-432.

Mthembu, Z., Maharaj, P., & Rademeyer, S. (2019). "I am aware of the risks, I am not changing my behaviour": risky sexual behaviour of university students in a high-HIV context. *African journal of AIDS research*, 18(3), 244–253. <https://doi.org/10.2989/16085906.2019.1655075>

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2018). *Anuario de Mortalidad 2014*. Caracas, Venezuela: MPPS.

Morales, S., Arboleda, O., & Segura, A. (2014). Las prácticas sexuales de riesgo al VIH en población universitaria. *Revista de salud pública*, 16 (1), 27-39. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n1.30659>

Musitu, G., & Cava, J.M. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervention. Psicosocial*, 12, 179-192.

Navarrete-Ochoa, B. V., Jiménez-Vázquez, V., Amaro-Hinojosa, M. D., & Orozco-Gómez, C. (2021). Autoeficacia para prevenir el VIH y prácticas sexuales en estudiantes de un bachillerato de Chihuahua, México. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 21(1), 230-244. <https://doi.org/10.21134/haaj.v21i1.564>

Okoro, U. J., Carey, K. B., Johnson, B. T., Carey, M. P., & Scott-Sheldon, L. (2019). Alcohol Consumption, Risky Sexual Behaviors, and HIV in Nigeria: A Meta-Analytic Review. *Current drug research reviews*, 11(2), 92–110. <https://doi.org/10.2174/1874473712666190114141157>

Orcasita, L.T., Mosquera, J.A., & Carrillo, T. (2018). Autoconcepto, autoeficacia y conductas sexuales de riesgo en adolescentes. *Informes Psicológicos*, 18 (2), 141-168. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v18n2a08>

Outlaw, A. Y., Naar-King, S., Janisse, H., Parsons, J. T., & Adolescent Trials Network for HIV/AIDS Interventions (2010). Predictors of condom use in a multisite study of high-risk youth living with HIV. *AIDS education and prevention*, 22 (1), 1–14. <https://doi.org/10.1521/aeap.2010.22.1.1>

Paulin, Y., Mendoza, L., Esquivel, C., Sánchez, R., Daravina, A., & Acuña, M. (2013). Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78(3), 209 – 219. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262013000300007>

Pérez, E., Medrano, L., & Sánchez, J. (2013). El Path Analysis: conceptos básicos y ejemplos de aplicación. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 5 (1), 52-66.

Pinzón, M., & Vernaza, P. (2017). Riesgos para infecciones de transmisión sexual o VIH en adolescentes. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad de Cuenca*, 19 (1) 20-26.

Prado, R., & Águila, M. (2003). Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Persona*, 6, 179-196. <https://doi.org/10.26439/persona2003.n006.885>

Ramiro, M., Bermúdez, M., Sierra, J., & Buela-Casal, G. (2013). Predicción del tipo de experiencia sexual en función de variables psicológicas y sociodemográficas en adolescentes panameños. *Terapia psicológica*, 31 (2), 175-186. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082013000200004>

Reyes, J.G. (2002). *Apoyo de padres y conductas sexuales para prevención de VIH/SIDA en adolescentes* [trabajo de maestría]. Universidad Autónoma de Nuevo León, Nuevo León, México.

Rivera, L., Leyva, A., García, A., Castro, F., González, D., & de los Santos L. (2016). Inicio de relaciones sexuales con penetración y factores asociados en chicos y chicas de México de 14-19 años de edad con escolarización en centros públicos. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 24–30. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.08.011>

Rodríguez, M., & Díaz, D. (2011). Estudio comparativo de la resiliencia en adolescentes: el papel del género, la escolaridad y procedencia. *Uaricha Revista de Psicología*, 8 (17), 62-77.

Sánchez, N., Grogan-Kaylor, A., Castillo, M., Caballero, G., & Delva, J. (2010). Sexual intercourse among adolescents in Santiago, Chile: a study of individual and parenting factors. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 28, 267-274. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892010001000005>

Schmid, A., Leonard, N., Ritchie, A., & Gwadz, M. (2015). Assertive communication in condom negotiation: insights from late adolescent couples' subjective ratings of self and partner. *Journal of Adolescent Health*, 57 (1), 94 – 99. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.03.005>

Starks, T. J., Jones, S. S., Sauermilch, D., Benedict, M., Adebayo, T., Cain, D., & Simpson, K. N. (2020). Evaluating the impact of COVID-19: A cohort comparison study of drug use and risky sexual behavior among sexual minority men in the U.S.A. *Drug and alcohol dependence*, 216, 108260. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108260>

Turnbull, T., Van Wersch, A., & Van Schaik, P. (2008). A review of parental involvement in sex education: The role for effective communication in British families. *Health Education Journal*, 67, 182-195. <https://doi.org/10.1177/0017896908094636>

Uribe, J.I., Bahamón, M.J., Reyes, L., Trejos, A., & Alarcón, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y práctica sexual protegida en jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 20 (1), 203-11. <https://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.1.10>

Valencia, M., Tran, B. T., Lim, M. K., Choi, K. S., & Oh, J. K. (2019). Association Between Socioeconomic Status and Early Initiation of Smoking, Alcohol Drinking, and Sexual Behavior Among Korean Adolescents. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 31(5), 443–453. <https://doi.org/10.1177/1010539519860732>

Vongsavanh, V., Lan, V., & Sychareun, V. (2020). Sexual and reproductive health communication between parents and high school adolescents in Vientiane Prefecture, Lao PDR. *Global health action*, 13(sup2), 1785145. <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1785145>

Woodward, E. N., Banks, R. J., Marks, A. K., & Pantalone, D. W. (2017). Identifying Resilience Resources for HIV Prevention Among Sexual Minority Men: A Systematic Review. *AIDS and behavior*, 21(10), 2860–2873. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1608-2>