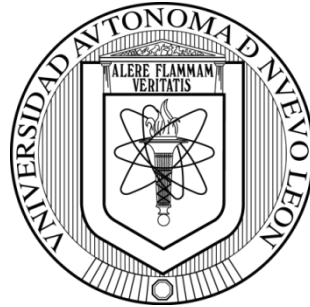


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



AUTOEFICACIA DE NEGOCIACIÓN SEXUAL EN MUJERES

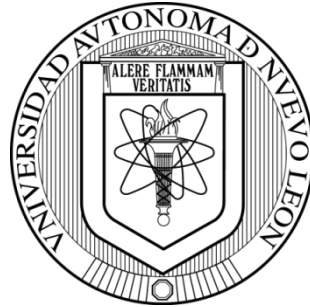
Por

LIC. ESPERANZA ALICIA RUIZ JIMÉNEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



AUTOEFICACIA DE NEGOCIACIÓN SEXUAL EN MUJERES

Por

LIC. ESPERANZA ALICIA RUIZ JIMÉNEZ

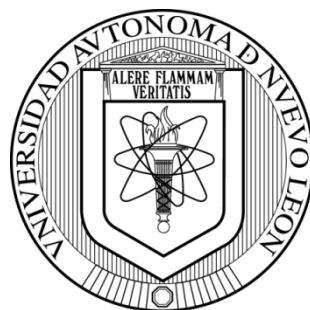
Director de Tesis

DRA. DORA JULIA ONOFRE RODRÍGUEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



AUTOEFICACIA DE NEGOCIACIÓN SEXUAL EN MUJERES

Por

LIC. ESPERANZA ALICIA RUIZ JIMÉNEZ

Co-Asesor de Tesis

RAQUEL ALICIA BENAVIDES TORRES, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



AUTOEFICACIA DE NEGOCIACIÓN SEXUAL EN MUJERES

Por

LIC. ESPERANZA ALICIA RUIZ JIMÉNEZ

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2014

AUTOEFICACIA DE NEGOCIACIÓN SEXUAL EN MUJERES

Aprobación de Tesis

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Director de Tesis

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Presidente

Dra. María Aracely Márquez Vega

Secretario

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD

Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A las autoridades de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León a la directora, ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez, a la Subdirectora de Posgrado e Investigación, la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, por la aceptación del convenio para la apertura de la sede en Chiapas.

A las autoridades del Instituto Superior de Estudios de Enfermería del Estado de Chiapas por brindarnos el tiempo y permiso para realizar este proceso de formación de Maestría en Ciencias de Enfermería

A la Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, por su experiencia y paciencia por compartir sus conocimientos de tipo profesional para finalizar este proceso de investigación, así también por facilitar trabajar en las instalaciones del Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud (CIDICS).

A aquellos docentes de la Facultad de Enfermería; DCE Mercedes Gutiérrez, y al MCE. Miguel A. Villegas en quienes encontré un apoyo incondicional en la formación profesional y dedicación a su trabajo.

A las Autoridades de la Jurisdicción y Centro de Salud donde se realizó el presente estudio. Un agradecimiento muy especial a todas y cada una de las mujeres que participaron en este proceso de investigación, sin ellas no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

Dedicatoria

Agradezco en primer lugar a Dios por haberme dado el ser, el entendimiento y la salud y la ha llenado de bendiciones en todo este tiempo, con su infinito amor nos ha dado la sabiduría suficiente para culminar esta etapa de formación profesional.

Mis más sincero agradecimiento, reconocimiento y cariño a mis padres por el amor, ejemplo de conducta y sacrificio personal, que me ha permitido una educación de respeto y enseñanza a ser emprendedora y hacer las cosas con dedicación, por el apoyo incondicional de mi hermana, mi cuñado y sobrinos por su comprensión demostrada durante este proceso de constantes retos para mi vida personal.

A mi hija Larissa por su gran apoyo, comprensión y estar siempre conmigo para seguir adelante en mi carrera profesional.

A las personas que me apoyaron y estuvieron conmigo en este proceso de formación; Rene, Reyna, a mis compañeras de grupo en especial; Deycer, Verónica y Hercilia con quienes he compartido momentos importantes de mi vida durante estos dos largos años ha sido un camino difícil en el que a veces la fijación por los objetivos te hace olvidar la importancia del contacto humano.

Sin embargo como en todas las actividades de la vida, siempre tiene un final, y para nosotros ese gran día ha llegado, por eso el día de hoy me siento agradecida con todas aquellas personas que de una u otra forma me han apoyado a seguir adelante en este camino tan difícil, pero no imposible. Gracias por su paciencia y tiempo.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Conceptual	4
Estudios Relacionados	6
Objetivo General	10
Objetivos Específicos	11
Definición de Términos	11
Capítulo II	
Metodología	12
Diseño del Estudio	12
Población, Muestra y Muestreo	12
Criterios de Inclusión	13
Instrumentos de Medición	12
Procedimiento de Recolección de Información	13
Consideraciones Éticas	14
Estrategia de Análisis de Datos	15
Capítulo III	
Resultados	17
Características de los Participantes	17

Contenido	Página
Consistencia Interna de los Instrumentos	17
Prueba de Normalidad	17
Estadística Descriptiva	18
Estadística Inferencial	22
Capítulo IV	
Discusión	24
Conclusiones	26
Recomendaciones	26
Referencias	27
Apéndices	
A. Cédula de Datos Sociodemográficos	31
B. Autoeficacia para Prácticas Sexuales no Penetrativas y Penetrativas	32
C. Oficio de Autorización de la Jurisdicción Sanitaria	36
D. Consentimiento Informado	37

Lista de Tablas

Tablas	Página
1. Características de los participantes	16
2. Consistencia interna de los instrumentos	17
3. Estadística descriptiva de la Autoeficacia para las prácticas sexuales no penetrativas	18
4. Estadística descriptiva de la Autoeficacia para las prácticas sexuales penetrativas	20
5. Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables del estudio	22

Resumen

Lic. Esperanza Alicia Ruíz Jiménez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha: Junio, 2014

Título del Estudio: AUTOEFICACIA DE NEGOCIACIÓN SEXUAL EN MUJERES

Número de páginas: 39

Candidato para obtener el grado de
Maestría en Ciencias de Enfermería

LGAC: Sexualidad responsable y prevención de ITS-VIH/SIDA

Objetivos y Métodos de Estudio: El objetivo general fue establecer la relación que existe entre la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales y las variables sociodemográficas; (edad, escolaridad en años, estado civil, número de parejas y tiempo de la relación actual), los objetivos específicos fueron: 1) Determinar la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales no penetrativas y 2) Determinar la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales penetrativas. Se utilizó el Modelo de Autoeficacia de Bandura. El diseño fue descriptivo correlacional. El tamaño de la muestra fue de 235 mujeres, con un límite de error de estimación de .09, una potencia de 90%, y una significancia de .05. El muestreo fue probabilístico de tipo sistemático 1 en 3. Se utilizó la Escala de Autoeficacia, la cual contó con datos de confiabilidad aceptable.

Contribuciones y Conclusiones: La población tuvo un rango de edad de 21-30 años; un nivel de escolaridad medio superior; en cuanto a la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales no penetrativas, el 52.8% de las mujeres pueden negarse a dar sexo oral, sin condón masculino y el 12.8% definitivamente no pueden negarse; además se encontró una relación positiva y significativa con la escolaridad en años ($r_s = .357, p < .001$); y una relación negativa y significativa con el tiempo en la relación actual ($r_s = -.196, p < .003$). Referente a la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales penetrativas, el 43.8% de las mujeres contestaron que definitivamente no pueden negarse a la penetración anal si su pareja no usa condón y el 14% reporta que definitivamente no pueden; también se encontró una relación positiva y significativa con escolaridad en años ($r_s = .258, p < .001$); y una relación negativa significativa con la variable tiempo de la relación actual ($r_s = -.214, p < .001$). Se concluye que las mujeres se perciben menos autoeficaces negociando la práctica de conductas no penetrativas ya que éstas son la menos utilizadas por ellas. Además expresaron percibirse más autoeficaces negociando la práctica de conductas penetrativas. Se encontró relación positiva y significativa de las prácticas sexuales no penetrativas y penetrativas con escolaridad en años. También se obtuvo una relación negativa y significativa de las prácticas sexuales no penetrativas y penetrativas con el tiempo en la relación actual.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

La infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), son en la actualidad uno de los problemas de salud pública más importantes en todo el mundo y continúa afectando a millones de personas a pesar de la promoción de medidas preventivas. En los últimos años, el perfil epidemiológico de la infección por VIH ha cambiado: ha dejado de ser una enfermedad de grupos vulnerables (hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales, usuarios de drogas) ya que actualmente es la que más impacta a la población de mujeres en edad fértil, lo que le confiere una mayor trascendencia demográfica y social (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA [CENSIDA], 2012).

Según el Informe de la Organización de las Naciones Unidas(ONUSIDA) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, en el 2008, se estima que había en el mundo 33 millones de personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) a finales del 2007, de éstas 15.5 millones son mujeres que vivían con el VIH, lo que representó un aumento de más de un millón en comparación con el 2001. Las relaciones sexuales representan la principal vía de transmisión con un 94% del total de los casos registrados, las niñas y las jóvenes entre 15 y 24 años constituyen más del 60% de las personas infectadas por el VIH (ONUSIDA, 2008). Hasta el presente año en México se han acumulado 157,529 mil casos de Sida, de éstos 28,163 corresponde a las mujeres, de las cuales el 33.8% fallecieron por esta causa, las cuales estaban casadas o con pareja (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2012).

De acuerdo con cifras oficiales de la Coordinación Estatal del VIH, en Chiapas 27% de los casos diagnosticados con la enfermedad corresponden a mujeres. Existen 6 mil 805 casos acumulados; notificados desde 1986 hasta la fecha. De ese total, 73% corresponde a hombres (4 mil 992 casos) y 27% a mujeres (mil 813 casos), el 100% de

los casos nuevos de VIH en mujeres fueron por contagios en relaciones heterosexuales (CENSIDA, 2012). Por otra parte, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), señala que el 22% de los casos registrados de VIH en México son mujeres.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (por sus siglas en inglés, UNAIDS) ha desarrollado la “Estrategia 2011-2015” con Visión Getting to Zero “Cero nuevas infecciones, Cero discriminaciones, Cero muertes relacionadas con el Sida” (UNAIDS, 2010, p. 7), la cual propone como uno de los principales objetivos, abordar las necesidades relacionadas con el VIH de mujeres y niñas en al menos, la mitad de las respuestas nacionales al VIH (ONUSIDA, 2011), el problema del VIH/Sida es una fuerte amenaza social que se incrementa cada vez más dejando al descubierto la vulnerabilidad de la condición humana.

Las mujeres en general presentan mayor vulnerabilidad que los hombres, debido a sus condiciones de desigualdad biológica y sociocultural (Herrera & Campero, 2002), biológicas puesto que tienen mayores probabilidades de infección de transmisión sexual que el hombre. Socioculturales porque en sociedades como la nuestra, el género y la sexualidad están fuertemente vinculadas y la desigualdad de género en las relaciones maritales, especialmente en la toma de decisiones sexuales, aumenta la vulnerabilidad a la transmisión de infecciones de transmisión sexual como el VIH.

Una de las formas más efectivas de prevenir este tipo de contagio es mediante la práctica de sexo más seguro (Seal & Ehrhardt, 2008). Estas prácticas incluyen el uso del condón y la práctica de la masturbación mutua. La masturbación mutua es una práctica descrita en las investigaciones sobre sexo más seguro como complementaria, o alterna a otras prácticas sexuales, generalmente, a la penetración sin condón (Pérez, Santiago, & Serrano, 2009). Ante esta dificultad se ha planteado la deseabilidad de fomentar la negociación de estas prácticas definiendo este proceso como una comunicación que ocurre entre los integrantes de una pareja durante el encuentro sexual para facilitar el uso de prácticas más seguras.

Sin embargo, para negociar sexo más seguro es necesario creer que se tiene la capacidad o la eficacia para hacerlo (AIDS, 2012; Magis, Bravo, Gayet, Rivera & De Luca, 2008). Negociar comportamientos de bajo riesgo requiere el desarrollo y la utilización de destrezas. Las destrezas sociales incluyen: el manejo de las relaciones interpersonales, y el reconocimiento de destrezas de auto-manejo del comportamiento. Entre las primeras, se han mencionado las destrezas de asertividad y comunicación sexual. El fortalecimiento de estas destrezas facilita que las mujeres desarrollen respuestas eficaces para resistir la coerción de la pareja para practicar comportamientos de alto riesgo. Poseerlas promueve además, un aumento en la comodidad sexual para rechazar comportamientos de alto riesgo; conversar con la pareja sobre comportamientos seguros, finalmente, fortalecen su autoeficacia; además señala que las mujeres con pocas destrezas de asertividad tienden a practicar comportamientos de alto riesgo (Di Clemente, Santelli, Crosby, & Miley, 2009).

En los últimos años se ha hecho patente la reemergencia del interés internacional y nacional en el papel de las mujeres en la epidemia mundial del VIH. Diversos artículos han recalcado la importancia de concentrar el trabajo de prevención en esta población de un modo más sensible y eficaz (Kaneko, 2010). En México, existe escasa información documentada que relacione las variables autoeficacia con las variables sociodemográficas; una vez identificadas podrán ser utilizadas como una base para el personal de salud (enfermería), interesado en este subgrupo de población afectado, para proporcionar información de referencia y como apoyo para realizar intervenciones sobre prevención, y seguir investigando en esta población.

Además estos hallazgos pueden contribuir a enfocar y encaminar el trabajo preventivo con mujeres, abonando a los esfuerzos de construir una sociedad más saludable. Partiendo del supuesto de que la negociación sexual se lleva a cabo en una relación de poder entre la pareja (hombres y mujeres), donde el hombre controla más recursos, se requiere que las mujeres se perciban capaces de negociar prácticas sexuales

con protección. El propósito de este estudio fue establecer la relación que existe entre la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales y las variables sociodemográficas en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Marco Conceptual

La Teoría Social Cognitiva (TSC), ha sido uno de los modelos explicativos utilizados para enfrentar la epidemia del VIH, además ayuda a identificar aquellos factores sociales, psicológicos y culturales pertinentes a los comportamientos de riesgo de los seres humanos. La TSC hace gran hincapié en la importancia que tiene observar y modelar las conductas, actitudes y reacciones emocionales de los otros para el proceso de aprendizaje de los individuos. Una de las tareas principales de esta teoría es tratar de explicar cómo y por qué los individuos llegan a modificar su conducta. Bandura presenta una distinción fundamental entre “expectativas de resultado” y “expectativas de auto-eficacia” que clarifica esta cuestión. Por un lado, los individuos aprenden a advertir que conductas concretas llevan a ciertos resultados (expectativa de resultado). Y por otro la persona confía en sus capacidades para llevar a cabo con éxito las acciones requeridas, para producir resultados deseados (expectativa de auto-eficacia) (Bandura, 1977). Es posible, por tanto, que una conducta concreta no llegue a producirse, no porque el individuo no sepa cómo ha de actuar, sino porque no se sienta capaz de hacerlo.

En los últimos años, Albert Bandura ha concentrado su esfuerzo en el desarrollo del concepto autoeficacia. Afirma que es la capacidad para influir sobre los resultados, los convierte en predicables. El término autoeficacia también ha sido utilizado para explicar conductas relacionadas con la salud. Esto es así porque la salud no depende exclusivamente de aspectos biológicos, sino que también está afectada, y cada vez más, por los hábitos y estilos de vida, sobre los que es posible ejercer cierto control. Pero no basta con querer practicar conductas saludables, sino que se necesita desarrollar capacidades autoregulatoras, lo cual “exige tanto la inculcación del sentido de eficacia como la impartición de destrezas” (Bandura, 1999).

La aportación que hace Bandura con el término autoeficacia, junto con la llamada de atención acerca del peso de las relaciones interpersonales y el contexto normativo, es clave. Nos permite entender que la información por sí sola no es suficiente para que los individuos modifiquen su conducta. Pueden conocer a la perfección los medios para alcanzar fines deseados y no obstante, no percibirse capaces de ponerlos en práctica, ya sea porque el entorno social no los apoya o porque no han desarrollado las destrezas necesarias. Es por ello que la percepción de autoeficacia no se manifiesta de forma general sino que está ligada a un aspecto particular del contexto o de la situación.

La autoeficacia ha sido identificada como uno de los factores principales que influye en la capacidad que tienen las personas de protegerse ante el contagio con el VIH y para negociar sexo más seguro (Kaneko, 2007; O'Leary, Jemmott & Jemmott, 2008), la negociación sexual, se ha definido como “una comunicación interpersonal que toma lugar durante un encuentro sexual para influenciar lo que ocurre en ese encuentro en términos de las necesidades y deseos de las dos personas involucradas” (Crawford, et al., 1994, p.2). Mediante su implementación las mujeres pueden reconocer sus intereses, valores y los de su pareja; tomar decisiones más acordes con las metas y aspiraciones de ambos, y establecer tales decisiones sobre una base de común acuerdo y compromiso.

En esa medida pueden fortalecer su autoestima y sentido de control personal, se han identificado diversos factores que afectan la percepción de eficacia que la persona tiene para negociar con su pareja. Algunos de estos factores son: la capacidad para abandonar el escenario si la pareja no accede a la petición, la capacidad de perseverar en la negociación, el deseo real de negociar, la posibilidad de establecer una conversación sobre las prácticas sexuales de menor riesgo, las propias ideas, motivaciones y actitudes hacia esas prácticas, las condiciones en que ambas personas se encuentren en la situación de la influencia del alcohol, influencia de drogas, el tipo de pareja (casual o estable), y la percepción que tengamos de ésta (si se ve saludable o no), estos elementos, además de influir en la habilidad de negociar sexualmente con la pareja, influyen sobre

la percepción de la capacidad para desafiar las dificultades que pueden surgir antes, durante y después del proceso de negociación (Maharaj & Cleand, 2005), la negociación constituye un proceso que se lleva a cabo por medio de dos partes con intereses comunes, en la que el hombre propone y la mujer puede rechazar o aceptar ofreciendo alguna alternativa, con el fin de llegar a un acuerdo.

La autoeficacia cobra importancia, cuando las relaciones de poder tienen ciertos dominios que crean efectos de desigualdades como el controlar el cuerpo, donde la mujer puede resistirse, por otra parte el poder de la negociación en las mujeres se da mediante un control sobre la situación y son capaces de autodeterminarse, esto significa que tienen el conocimiento, manejan los recursos disponibles y son capaces de negociar con su pareja (Holland, 1992). Partiendo del supuesto de que la negociación sexual se lleva a cabo en una relación de poder entre la pareja (hombres y mujeres), donde el hombre controla más recursos. Su alteración requiere que las mujeres se perciban capaces de negociar prácticas sexuales con protección.

Por lo que el propósito de este estudio fue establecer la relación que existe entre la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales y las variables sociodemográficas (edad, escolaridad en años, estado civil, número de parejas y tiempo de la relación actual), en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Estudios Relacionados

A continuación se presentan los estudios relacionados a las variables de estudio que son autoeficacia en la negociación y variables sociodemográficas.

Noboa y Serrano (2006), realizaron un estudio, cuyo objetivo fue examinar la percepción de autoeficacia en mujeres universitarias puertorriqueñas entre 17 y 22 años. Se aplicaron en una muestra de 110 estudiantes de primer y tercer año de estudios de pregrado. Se utilizó la Escala de Autoeficacia (EAF) y una Cédula de Datos Sociodemográficos. Se obtuvieron como resultados que las mujeres sienten mayor autoeficacia en la negociación en relación a las prácticas sexuales penetrativas de alto

riesgo en la que la mujer considera “Definitivamente puedo” como oponerse, negarse y explicarles los riesgos de la penetración anal a su pareja (89%), en relación a las prácticas no penetrativas de alto riesgo, las mujeres atribuyeron la evaluación “Definitivamente puedo” con mayor frecuencia a negarse a mamarle el pene a su pareja si no usa condón masculino (91%), con esto perciben ser capaces de rechazar los comportamientos penetrativos anales de alto riesgo y que a mayor tiempo en la relación se perciben más autoeficaces al igual que si están sexualmente activas.

Exavery et al. (2012), realizaron un estudio descriptivo correlacional con el objetivo de evaluar la vinculación entre la negociación del condón y el uso del preservativo en la última relación sexual. La muestra fue de 2,614 mujeres que tenían experiencia sexual, con una media de edad de 30.3 ($DE=9$) y un rango 15 a 49 años de edad. El 20% nunca había ido a la escuela, 70% tenían educación primaria y sólo el 10% tenía educación secundaria o superior, la prevalencia de uso del preservativo en la última relación sexual fue de 22.2, el 12.2% entre las mujeres casadas y el 54.9% entre las mujeres no casadas, la mayoría de las mujeres (73.4%) reporto tener confianza para negociar el uso del condón con su pareja sexual, el (78.6), no usan condón por quejas sexuales. Las mujeres que estaban seguras de negociar el uso del condón con parejas sexuales, eran tres veces más propensas que las mujeres que o estaban seguras de haber usado un preservativo en la ultima relación sexual, ($OR= 3.13$; $IC\ 95\%$; 2.22-4.41, $p<.001$), este efecto fue controlado por el estado civil, la edad, la educación, la religión, el número de parejas sexuales, la riqueza familiar y el conocimiento de la prevención del VIH por el uso de preservativos.

Sayles et al. (2006), realizaron un estudio con una muestra de 7409 jóvenes sudafricanos, sexualmente activas de 15 a 24 años, con un modelo de regresión logística para identificar factores asociados con la autoeficacia en la negociación y creyendo que el uso del condón implica desconfianza en el otro cónyuge, fueron factores asociados con una baja autoeficacia entre los encuestados de sexo femenino, ($OR = 0.57$, IC

del 95 %; 0.51-0.86) todos estos fueron factores asociados a la baja autoeficacia entre los encuestados de sexo femenino.

Pérez, Santiago y Serrano (2009), realizaron un estudio con 447 personas heterosexuales, con el objetivo de identificar los niveles de autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales de menor riesgo, y su relación con el uso del condón masculino, en grupos de parejas estables (GPE) y casuales (GPC). Los resultados arrojaron que ambos géneros tienen niveles de autoeficacia alta para negociar sexo más seguro, se encontró que existen diferencias en las puntuaciones obtenidas en hombres ($M=12.53$, $DE=3.56$) y mujeres ($M=12.54$, $DE=3.45$; $t_{[417]}=-.043$, $p=.97$). En relación a los niveles de autoeficacia para negociar la práctica de la masturbación mutua, el 73% en las mujeres; reportó un nivel de autoeficacia alto, las personas con parejas casuales tienen un nivel de autoeficacia hacia el uso del condón levemente superior que las personas con parejas estables. Ambos grupos demostraron tener niveles de autoeficacia altos para negociar la práctica de la masturbación mutua en las parejas estables y casuales (73%), el análisis con respecto a la subescala de uso del condón reflejó que existen diferencias en las puntuaciones obtenidas en hombres ($M=20.29$, $DE=5.51$) y mujeres ($M=21.69$, $DE=4.75$; $t_{[420]}=-2.62$, $p<.001$). Esto significa que las mujeres tienen un nivel de autoeficacia levemente más alto que los hombres.

Tschann et al. (2010), realizaron un estudio cuantitativo con una muestra de 583 mujeres en Sudamérica, con el objetivo de examinar las estrategias en la eficacia de la negociación del uso de preservativo, basado en evidencia de adaptación sobre la intervención de uso de condones con parejas sexuales primarias, los resultados arrojaron que los jóvenes reportaron haber usado preservativos 50% del tiempo, mientras que el 37% de los jóvenes reportó siempre usar un condón en el último mes, y el restante nunca usó condón. Los jóvenes usan condones significativamente más a menudo que las mujeres jóvenes ($t_{[669]}=3.75$, $p<.001$). Las mujeres jóvenes en comparación con los jóvenes, perciben a su pareja sexual con querer usar condones con más frecuencia

($t_{[670]} = 3.05, p < .002$). Además reportaron que las mujeres pensaban que su pareja no quería usar condón; sin embargo insistían en el uso del preservativo, mostraron tasas más altas de uso de condones que las que no insistieron; este efecto no se observó para los hombres jóvenes.

Ballester et al. (2013), llevaron a cabo un estudio de tipo correlacional en España con una muestra con 1798 mujeres (50.9%) y 1732 hombres (49.1%), de acuerdo con el objetivo el presente estudio, ha utilizado el componente de autoeficacia, que describen diferentes habilidades relacionadas con el uso del preservativo en distintos momentos de una relación sexual, en la negociación con la pareja, a la hora de ponérselo, y en una situación de máxima excitación sexual. La mayor parte de la muestra analizada (67.9%) presenta niveles medio-altos en la puntuación de autoeficacia en el uso del preservativo, con una puntuación media de 26.57 ($DE=5.26$), un 0.7% de los participantes presenta niveles bajos y un 25.1% niveles medios. Analizando las diferencias que surgen en función del género, son las mujeres las que obtienen una puntuación superior en la escala de autoeficacia, respecto a los hombres, siendo diferencias estadísticamente significativas, finalmente obtuvieron correlaciones significativas entre autoeficacia y la confianza en el preservativo como método fiable de prevención del VIH ($\rho = p < .001$).

Collazos, Echeverry, Molina, Canaval y Valencia (2005) realizaron un estudio en Colombia, de tipo descriptivo transversal, el cual tenía como propósito identificar los factores protectores y de riesgo para VIH/Sida en mujeres. Se encontró que el 78% tenían pareja estable, el 21% reportó haber tenido más de una pareja en el último año; referente a la autoeficacia en la negociación del uso del condón, se encontró que el 53% de las mujeres creían que si pedían a su pareja sexual que usara condón definitivamente si lo haría, mientras que el 32% manifestaron que probablemente o definitivamente no lo harían. En cuanto al poder decidir con la pareja el uso del condón, se encontró que el 56.2% de las mujeres tenían un bajo poder para decidir dentro de la relación ($p < 0.61$).

Valdes, Malfrán, Ferrer y Salazar (2012), realizaron un estudio descriptivo transversal con 3,559 personas en un grupo de edad de 15-35 años, con el fin de conocer las características, los conocimientos, las actitudes de prácticas sexuales y su relación con las enfermedades de transmisión sexual y el Sida en la provincia de Cuba. Reportaron que el 72.3% tenían pareja estable, las prácticas sexuales más frecuentes fueron la penetración vaginal (94.6%), el sexo oral (62.0%) y el coito anal (42.3%). Según los resultados, las personas encuestadas con parejas estables, nunca utilizaba el condón (30.4%), y expusieron como razón la confianza en su pareja. La mayoría de las parejas que nunca se protegían durante sus relaciones sexuales eran casadas (41.4%), la razón principal fue que no les gustaba y que confiaban en su pareja. El 38.9% reportó haber tenido 3 o más parejas sexuales en el último año, de estas, realizaban el sexo oral (87.8%) y penetración anal (74.8%).

En síntesis los estudios fueron realizados en; España, Puerto Rico, Tanzania, Sudáfrica y América Latina, la mayoría de estos fueron realizados en mujeres jóvenes, y estudiantes jóvenes universitarias. Dichos estudios demuestran que la percepción de autoeficacia que tienen las mujeres sobre la negociación en las prácticas sexuales no penetrativas y penetrativas en la negociación del uso del condón fueron asociados con la escolaridad, estado civil y el tiempo en la relación con su pareja, en su mayoría reportaron que las mujeres presenta un nivel alto para llevar a cabo este proceso de negociación con su pareja. Además se encontró que a mayor tiempo en la relación de pareja menos negociación sexual. Sin embargo, no se encontró literatura en México donde se estudie la Autoeficacia en la negociación para prácticas sexuales en mujeres.

Objetivo General

Establecer la relación que existe entre la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales y la edad, escolaridad en años, estado civil, número de parejas y tiempo de la relación actual.

Objetivos Específicos

- 1.-Identificar la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales no penetrativas.
- 2.-Identificar la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales penetrativas.

Definición de Términos

En este apartado se presenta la definición de las variables que se utilizaron en el presente estudio.

Autoeficacia de negociación sexual en mujeres: Es la percepción que tienen las mujeres sobre su capacidad de negociar prácticas sexuales que las protejan del VIH/Sida.

Escolaridad: Años de estudio que refieran las mujeres.

Edad: Número de años cumplidos de las mujeres.

Estado civil: Es una condición social de la mujer.

Número de parejas sexuales: Número de parejas sexuales que refieran las mujeres.

Tiempo de la relación actual: Años de relación con la pareja sexual actual.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe la metodología del estudio. Se presenta el diseño del estudio, la población, muestra y muestreo, criterios de inclusión, instrumentos de medición, procedimiento de recolección de información, consideraciones éticas y estrategia de análisis de datos.

Diseño del Estudio

El diseño del estudio fue descriptivo correlacional (Burns & Grove, 2004). Descriptivo porque se describe la variable autoeficacia de negociación sexual en mujeres. Correlacional, ya que estableció la relación entre la autoeficacia de negociación sexual y las variables sociodemográficas.

Población, Muestra y Muestreo

La población de interés estuvo conformada por mujeres mayores de 18 años, con vida sexual activa, que acudieron a la consulta en un Centro de Salud de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. El tamaño de la muestra fue de 235 mujeres, con un límite de error de estimación de .09, mediante el programa nQuery Advisor a una potencia de 90%, con una significancia de .05. El muestreo fue probabilístico de tipo sistemático 1 en 3, con un índice aleatorio.

Criterios de Inclusión

Mujeres mayores de 18 años de edad, con vida sexual activa.

Instrumentos de Medición

Para la descripción de los datos de los participantes, se utilizó la Cédula de Datos Sociodemográficos (Apéndice A), la cual incluye edad, escolaridad en años, estado civil, número de parejas y tiempo de la relación actual. Para conocer la Autoeficacia de negociación, se utilizó la Escala de Autoeficacia (EAE) (Noboa- Ortega, 2006). (Apéndice B). La estructura de la EAE consta de 14 reactivos, los cuales se dividen en

dos subescalas: 1) Percepción de Autoeficacia para prácticas sexuales no penetrativas con 7 ítems y 2) Percepción de Autoeficacia para Prácticas sexuales penetrativas con 7 Ítems, ambas, con opción de respuesta tipo Likert: desde 1 = definitivamente puedo, 2 = creo que puedo, 3 = creo que no puedo, 4 = definitivamente no puedo, con un rango de puntaje que va de 4 como mínimo y 56 valor máximo.

Procedimiento de Recolección de Información

Para realizar el presente estudio, se contó con la aprobación de las Comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Posteriormente se solicitó por escrito la autorización de las autoridades de la Jurisdicción Sanitaria, donde se realizó el estudio (Apéndice C). Una vez obtenida la autorización, se indagó sobre los horarios que maneja el centro de salud para otorgar la consulta, tiempos de espera y si cuenta con espacios disponibles.

Obtenidos los permisos pertinente, se seleccionó a las participantes de acuerdo a los criterios establecidos y a través del muestreo sistemático ($1 = 3$), con un inicio aleatorio, hasta completar el tamaño de la muestra, posterior a la selección e identificación de las participantes, se les explico de manera clara y sencilla los objetivos del estudio, al mismo tiempo se les proporcionó el consentimiento informado (Apéndice D); se dejó en claro que si no desea participar, no habrá ningún inconveniente, se procedió a la aplicación de los instrumentos: Cédula de Datos Sociodemográficos y la Escala de Autoeficacia. Se explicó a los participantes la forma de contestar cada instrumento y se les solicitó de manera atenta que no dejaran ninguna pregunta sin contestar, una vez contestados se verificó que el participante haya llenado en su totalidad la encuesta y posteriormente se colocó en un sobre manila, garantizando la confiabilidad, privacidad y anonimato en todo momento. Se agradeció a cada una de las participantes su tiempo y colaboración en el estudio. Al finalizar se agradeció a las autoridades del centro de salud su apoyo y colaboración en la contribución al desarrollo de la investigación.

Consideraciones Éticas

El estudio se apegó a las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 1987). En la cual se estableció el desarrollo de investigación en relación a la salud, se consideraron aspectos éticos que garantizaron la dignidad y el bienestar de los participantes en la investigación. Con base en lo anterior, se consideró lo estipulado en el Título Segundo, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, Artículo 13, corresponde que en cualquier investigación en la que un ser humano participe, debe prevalecer el criterio de respeto a la dignidad, protección de los derechos y el bienestar. Para llevar a cabo el cumplimiento del artículo mencionado se mantuvo el anonimato de la información proporcionada por los participantes, al no identificar con su nombre ninguno de los instrumentos, además las mujeres fueron tratadas con cortesía y profesionalidad. El Artículo 16 establece la protección de la privacidad del participante, al inicio de la aplicación se presentó un acercamiento directo con las mujeres, con la finalidad de poder abordarlas, en todo momento se cuidó la privacidad de las mujeres para realizar la aplicación de los instrumentos. Los cuestionarios se resguardaron en un lugar seguro asignado por el investigador durante un período de 12 meses y al término del lapso de tiempo, serán destruidos, y los resultados encontrados en el estudio se presentarán sólo de forma general, nunca de manera individual.

El Artículo 14 en sus Fracciones I, V, VII, VIII, se llevó a cabo el estudio al contar con la aprobación de las Comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, quien otorgó el visto bueno y las autoridades de la Jurisdicción Sanitaria, el Jefe de enseñanza y Director del centro de salud.

En base al Artículo 17 y 18, el estudio fue de riesgo mínimo, ya que no se realizó ninguna intervención, ni se manipularon variables fisiológicas, psicológicas o sociales en los participantes, sin embargo, se aplicaron instrumentos que al inicio pudieron

desencadenar algunas emociones de nerviosismo por el tipo de preguntas que hacen referencia a su vida sexual.

Se contó con el consentimiento informado como lo estipula el Artículo 21, el cual se brindó de manera clara y sencilla toda la información acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, así como, la justificación, propósito, objetivos, molestias o riesgos y se aclaró cualquier duda por parte de los participantes.

Estrategia de Análisis de Datos

Los datos fueron analizados a través del programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 21. Se aplicó la estadística descriptiva para el análisis de las variables demográficas, se obtuvieron las frecuencias y proporciones. Se determinó la confiabilidad de los instrumentos mediante el coeficiente Alpha de Cronbach y se utilizó la prueba de Komogorow Smirnov para determinar la normalidad de las variables continuas y numéricas.

Para el objetivo general, el cual se refiere a establecer la relación que existe entre la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales y la edad, escolaridad en años, estado civil, número de parejas y tiempo de la relación actual, se respondió mediante el Coeficiente de Correlación de Spearman.

Para cumplir con el objetivo uno que es determinar la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales no penetrativas y para el objetivo dos, que fue determinar la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales penetrativas, se utilizaron frecuencias y porcentajes.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se muestran las características de los participantes, consistencia interna de los instrumentos, prueba de normalidad, posteriormente la estadística descriptiva de las variables y estadística inferencial.

Características de los Participantes

La muestra fue de 235 mujeres de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. En la tabla 1 se muestran las características de las participantes.

Tabla 1

Características de los participantes

Variable	<i>f</i>	%
Edad		
15-20	21	8.9
21-30	93	39.6
31-40	72	30.6
41-50	37	15.7
51 a mas	12	5.1
Escolaridad		
Primaria	40	17.0
Secundaria	55	23.4
Preparatoria	79	33.6
Profesional	61	26.0

(Continua)

(Continuación)

Variable	<i>f</i>	%
Estado Civil		
Soltera	22	9.4
Casada	156	66.4
Unión libre	57	24.3

Nota: *f* = Frecuencia % = Porcentaje

Consistencia Interna de los Instrumentos

Previo al análisis estadístico se evaluó la consistencia interna de los Instrumentos. En la tabla 2, se muestran los Coeficientes Alpha de Cronbach para la Escala de autoeficacia y sus dos subescalas: Autoeficacia para prácticas sexuales no penetrativas y Autoeficacia para prácticas sexuales penetrativas.

Tabla 2

Consistencia interna de los instrumentos

Instrumento	No. Reactivos	Alpha de Cronbah
Escala de Autoeficacia	14	.88
Autoeficacia para prácticas sexuales no penetrativas	7	.84
Autoeficacia para prácticas sexuales penetrativas	7	.88

Nota: *n*=235

Prueba de Normalidad

Se exploró la distribución de las variables del estudio por medio de la prueba de Kolmogorov Smirov con Corrección de Lilliefors. Los resultados de dicha prueba muestran que no se presentó una distribución normal en las Escalas de Autoeficacia para

prácticas sexuales no penetrativas ($Da = .100, p < .001$) y para la Escala de Autoeficacia para prácticas sexuales penetrativas ($Da = .119, p < .001$).

Estadística Descriptiva

Para dar respuesta al objetivo uno, el cual fue determinar la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales no penetrativas, se reportó que el 52.8% de las mujeres pueden negarse a mamarle el pene sin condón masculino y 12.8% definitivamente no pueden (ver tabla 3).

Tabla 3

Estadística descriptiva de la Autoeficacia para las prácticas sexuales no penetrativas

Ítems	DP		CP		CNP		DNP	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
1.- ¿Yo no puedo negarme a mamarle el pene sin condón masculino?	124	52.8	61	26.0	20	8.5	30	12.8
2.- ¿Yo puedo negarme a mamarle el pene sin condón a pesar de que a él le gusta?	88	37.4	93	39.6	32	13.6	22	9.4
3.- ¿Yo puedo sugerirle a mi pareja que practiquemos conductas nuevas a pesar de que él insista en la penetración?	95	40.4	89	37.9	29	12.3	22	9.4

(Continua)

(Continuacion)

Ítems	DP		CP		CNP		DNP	
	f	%	f	%	f	%	f	%
4.-¿Yo puedo sugerirle a lmi pateja que nos masturbemos en vez penetarme aunque me de verienza?	85	36.2	84	35.7	35	14.9	31	13.2
5.- ¿Yo puedo hablar con mi pareja sobre masturbarnos juntos aunque me dé miedo su reacción?	68	28.0	75	31.9	56	23.8	36	15.3
6.-¿Yo puedo proponerle a mi pareja mamarle el pene con condón masculino aunque rechace mi petición?	75	31.9	72	30.6	48	20.4	40	17.0
7.- ¿Yo puedo afirmarle que le va a gustar utilizar juguetes sexuales a pesar de que me dé vergüenza?	71	30.2	64	27.2	56	24.3	43	18.3

Nota: DP=Definitivamente puedo; CP=Creo que puedo; CNP=Creo que no puedo;

DNP= Definitivamente no puedo; f=Frecuencia; % = Porcentaje

Para cumplir con el objetivo dos que es determinar la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales penetrativas, el 43.8% de las mujeres contestaron, que

definitivamente pueden negarse a la penetración anal si su pareja no usa condón y el 14% reporta que definitivamente no pueden (ver tabla 4).

Tabla 4

Estadística descriptiva de la Autoeficacia para las prácticas sexuales penetrativas

Ítems	DP		CP		CNP		DNP	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
1.- ¿Yo no puedo negarme a la penetración anal sin condón masculino aunque él insista?	102	43.4	60	25.5	32	13.6	41	17.4
2.- ¿Yo puedo negarme rotundamente a la penetración anal si él no usa condón masculino?	103	43.8	60	25.5	39	16.6	33	14.0
3.- ¿Yo puedo oponerme a tener penetración anal sin condón masculino aunque él me pida que lo haga como muestra de mi amor?	99	42.1	69	29.4	35	14.9	32	14.0

(Continua)

(Continuación)

Ítems	<i>DP</i>		<i>CP</i>		<i>CNP</i>		<i>DNP</i>	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
4.- ¿Yo puedo explicarle a mi pareja los riesgos de la penetración anal sin condón masculino aunque él no me crea?	96	40.9	62	26.4	53	22.6	24	10.2
5.- ¿Yo negarme a la penetración vaginal sin condón masculino?	86	36.6	72	30.6	40	17.0	37	15.7
6.-¿Yo puedo aclararle a mi pareja porqué los hombres insisten en la penetración aunque él se moleste?	82	34.9	66	28.1	46	19.6	41	17.4
7.- ¿Yo puedo negarme a la penetración vaginal sin condón masculino a pesar de mis fuertes decesos sexuales?	73	31.1	60	25.5	50	21.3	52	22.1

Nota: *DP*=Definitivamente puedo; *CP*=Creo que puedo; *CNP*=Creo que no puedo; *DNP*= Definitivamente no puedo; *f*=Frecuencia; % = Porcentaje

Estadística Inferencial

En la tabla 5, se da respuesta al objetivo general el cual se refiere a establecer la relación que existe entre la Autoeficacia de la negociación de prácticas sexuales y las variables sociodemográficas ;edad, escolaridad en años, estado civil, número de parejas sexuales y tiempo de la relación actual. Se encontró una relación positiva y significativa entre prácticas sexuales no penetrativas con escolaridad en años ($r_s = .357, p < .001$) y una relación negativa y significativa con tiempo en la relación actual ($r_s = -.196, p < .003$) y la Autoeficacia para prácticas sexuales penetrativas obtuvo una relación positiva y significativa con escolaridad en años ($r_s = .258, p < .001$) y una relación negativa y significativa con el tiempo en la relación actual ($r_s = -.214, p < .001$).

Tabla 5

Coefficiente de Correlación de Spearman para las variables del estudio

Variable	1	2	3	4	5	6	7
1. Número de años cumplidos	1						
2. Escolaridad en años	-.107	1					
3. Estado civil	-.137*	-.095	1				
4. Número de parejas sexuales	-.082	.329**	.098	1			
5. Tiempo de la relación actual	.756**	-.216**	-.063	-.319**	1		

(Continua)

(Continuación)

Variable	1	2	3	4	5	6	7
6. Autoeficacia para prácticas sexuales no penetrativas	-.106	.357**	-.072	.204**	-.196**	1	
7. Autoeficacia para prácticas sexuales penetrativas	-.145*	.258**	-.104	.013	-.214**	.504**	1

Nota: $n=235$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Capítulo IV

Discusión

En función de los hallazgos encontrados referente al objetivo determinar la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales no penetrativas, una tercera parte de las encuestadas, mencionaron que sienten autoeficaces a negarse a mamarle el pene sin condón masculino, y a sugerirle a su pareja que practiquen conductas nuevas a pesar de que él insista en la penetración, esto concuerda con Noboa y Serrano (2006), quienes mencionan que las prácticas no penetrativas de alto riesgo las mujeres atribuyeron la evaluación “Definitivamente puedo” con mayor frecuencia a negarse a mamarle el pene a su pareja si no usa condón masculino. Estos resultados muestran que los procesos sexuales más difíciles les resultan negociar y que mas debilita la autoeficacia son los comportamientos no penetrativos, quizá sea debido a la construcción de su sexualidad.

En cuanto al objetivo para determinar la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales penetrativas, un poco menos de la mitad de las mujeres en el presente estudio presentaron niveles altos de autoeficacia, ya que definitivamente pueden negarse a la penetración anal si su pareja no usa el condón, estos datos coinciden con Noboa y Serrano (2006), quienes reportan que las mujeres sienten mayor autoeficacia en la negociación de las relaciones de prácticas sexuales penetrativa. Lo anterior puede deberse a que la mujer conoce el contexto de su vida diaria, es decir toma sus propias decisiones de las conductas de riesgo para actuar con su pareja en su vida sexual. A partir de los resultados encontrados en ambos objetivos, se puede deducir que las mujeres se percibían capaces de negarse y explicar a su pareja acerca de los riesgos de la penetración anal. Lo anterior puede deberse a que las mujeres se perciben ser capaces de rechazar los comportamientos penetrativos anales de alto riesgo.

En concordancia al objetivo general, que fue establecer la relación que existe entre la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales y la edad, escolaridad en

años, estado civil, número de parejas y tiempo de la relación actual, se encontró en el estudio una relación significativa entre la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales con escolaridad en años. Lo anterior coincide con lo encontrado por Exavery et al. (2012), quienes mencionan que existe una relación significativa entre el negociar el uso del condón y la escolaridad (a mayor escolaridad, más autoeficaces se perciben las mujeres). De acuerdo a lo anterior, se puede decir que el nivel educativo facilita ejecutar procesos cognitivos más complejos como acceder a datos específicos. Por ejemplo, el reactivo incluido en las prácticas sexuales penetrativas “Yo puedo explicarle a mi pareja los riesgos de la penetración anal sin condón masculino aunque él no me crea”, sugieren el comportamiento de explicar. Lo anterior requiere de la mujer un conocimiento básico de los comportamientos de riesgo y sus consecuencias. A su vez, el conocimiento pudiese ayudar a la mujer a tener interés de protegerse, ya que la firmeza puede manifestarse a través del pleno convencimiento del interés, que en este caso es protegerse del contagio del VIH/Sida. Sin embargo, con relación a la educación se debe enfatizar que estos resultados deben estar encaminados a que más allá de la experiencia educativa, lo que las mujeres necesitan son experiencias en el proceso de negociación sexual.

Con respecto a la relación entre la Autoeficacia para la negociación de prácticas sexuales y tiempo de la relación actual, en el presente estudio se encontró una relación significativa, lo anterior coincide con lo reportado por Noboa y Serrano (2006), quienes mencionan que a mayor tiempo en la relación, las mujeres perciben más autoeficaces para rechazar comportamientos más riesgosos. Lo anterior puede deberse a que el tiempo y la convivencia diaria con su pareja le permite a la mujer se sienta más cómoda al expresar sus intereses y preocupaciones, y que el tener experiencias sexuales le da más confianza en sus habilidades y por consiguiente impacta su percepción de capacidad. Resulta interesante también que a pesar de que estos elementos sustentan la inferencia de que la mujer tome acción para protegerse, los datos en investigaciones

señalan que las parejas estables se protegen menos que las parejas casuales, pero que también demuestran que pueden negociar prácticas de sexo seguro (Pérez, Santiago & Serrano, 2009). Lo anterior nos lleva a pensar que el imaginario con respecto al VIH en las mujeres y en los hombres, es que, el matrimonio o una relación estable los protege de ésta infección.

Conclusiones

Las mujeres expresaron percibirse menos autoeficaces negociando la práctica de conductas no penetrativas ya que éstas son la menos utilizadas por ellas.

Las mujeres expresaron percibirse más autoeficaces negociando la práctica de conductas penetrativas.

Se encontró relación positiva y significativa de las prácticas sexuales no penetrativas y penetrativas con escolaridad en años.

Se encontró relación negativa y significativa de las prácticas sexuales no penetrativas y penetrativas con el tiempo en la relación actual.

Recomendaciones

En futuras investigaciones sería pertinente estudiar los niveles de comunicación y compromiso de parejas, y ver si existe una relación entre estos factores y la incidencia de prácticas sexuales de menor riesgo.

Se recomienda incluir variables como nivel socioeconómico, religión, ocupación, con el objetivo de ver si estas variables influyen en la percepción de autoeficacia de las mujeres para negociar prácticas sexuales.

La masturbación mutua es una alternativa de práctica sexual segura, por lo que amerita mayor estudio, sobre todo para definir con exactitud si quienes llevan a cabo esta práctica lo hacen como preámbulo a la penetración o como fin en sí mismo.

Referencias

- Ballester, R., Gil, M., Ruiz, E., & García, C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. *Revista anales de psicología*, 29, 76-82. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.124601> edición web
- Bandura, A. (1999). *Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes*. En Albert Bandura (ed.) *Auto-eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la Sociedad actual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Burns, N., & Grove, S. (2012). *Investigación en Enfermería*. (3ª ed.) Madrid, España. Elsevier.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA [CENSIDA], (2012). *Informe nacional de avances en la lucha contra el Sida*, Recuperado: Enero 2012: Fecha del informe: 31 marzo 2012.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA [CENSIDA], (2011). El VIH/SIDA en México .
- Crawford, W. C., Satish.C.S., Hulmeland, H.T., & Swall, W.R.(1994). *Proceso de comunicación interpersonal*. Elsevier.
- Collazos, M. F., Echeverry, N., Molina, A. P., Canaval, G.E., & Valencia, C. P. (2005). Riesgo de VIH/SIDA en la mujer no es cuestión de estrato socioeconómico. *Colombia Médica*;36, 50-57.
- Di Clemente, R. J., Santelli, J.S., Crosby, R. A., & Miley, J.S. (2009). Comportamientos para entender y evitar riesgos: *Salud de los adolescentes*, disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>
- Exavery, A., Kanté, A. M., Jackson, E., Norohna, J., Sikustahili, G., Kassium, T., Mushi H.P., Baynes, C., Ramsey, K., Hingora, A., & Phillips, J. F. (2012). Papel de la negociación del condón en el uso del preservativo entre las mujeres en edad reproductiva en los tres distritos de Tanzania. *BMC Public Health*, 12, 2-11.

- Folch, C., Casabona, J., & Muñoz, R. (2010). Evolución de la prevalencia de infección por el VIH y de Incremento en la prevalencia del VIH y en las conductas de riesgo en varones homo/bisexuales, *Gaceta Sanitaria*, 1, 294-30.
- Herrera, C., & Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública Mex*, 44,554-564.
- Holland, J. H. (1992). *Adaptation Process in People*, University Michigan, second edition.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática INEGI (2007). *Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática*. México, D.F.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, e Informática INEGI (2012). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Tuxtla Gutierrez Chiapas.
- Kaneko, N. (2010). Asociación entre el uso de condones y barreras percibidas en la autoeficacia en mujeres jóvenes en Japón. *Enfermería y Ciencias de la Salud*, 9, 284-289, doi: 10.1111/j.1442-2018.2007.00338.
- Tschann, J. M., Flores, E., De Croat, C.L., Deardorff, J., & Wibbelsam, C. J. (2010). Condom Negotiation Strategies and Actual Condom Use among Latino Youth. *J Adolesc Health*, 47(3), 254–262., doi:10.1016/j.jadohealth.2010.01.018.
- Magis, R. C., Bravo, C., Gayet, S. C., Rivera, R. P., & De Luca, M. (2008). El VIH y el sida en México; Hallazgos, tendencias y reflexiones, *Colección ángulos del sida*. Centro Nacional para la prevención y control del SIDA (CENSIDA).
- Maharaj, P.,& Cleand, J. (2005). Integración of sexual and reprodctive health services in Kwazulu-Natal, South Africa.*PudMed Indexed for Medline*,20(5), 310-318.
- Noboa, O. P., & Serrano, G.I. (2006). Autoeficacia en la Negociación: retos para la prevención de VIH/Sida en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (1), 21-43.

- O'Leary, A., Jemmott, L.S., & Jemmott, J.B. (2008). Mediation analysis of an effective sexual risk-reduction intervention for women: The importance of self-efficacy. *Health Psychol*, 27,180-4., doi: 10.1037/0278-6133.27.2 (Suppl.).S180
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH /SIDA [ONUSIDA]informe sobre la epidemia mundial de sida / 2013, Recuperado Marzo 2013 de: http://www.unaids.org/en/media/unaids//contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_es.pdf.
- Perez, J. D, Santiago, R.M., & Serrano, G.I. (2009). Comportamiento sexual y Autoeficacia para la Negociación de Sexo Más Seguro en personas Heterosexuales. *Revista Interamericana de Psicología*, 43(2), 414-424.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2000). *Investigación en Ciencias de la Salud*. 6ª. Edición. México. MacGraw-Hill.
- Sayles, J. N., Pettifor, A., Wong, M. D., Catherine, M. P., Hendriksen, B.E., Rees, H.V., & Coates, T.(2006). Factors Associated with Self-Efficacy for Condom Use and Sexual Negotiation Among South African Youth, *J Acquir Immune Defic Syndr*, 1, 43, 2, 226-233, doi:10.1097/01.qai.0000230527.17459.5c
- Seal, D. W., & Ehrhard, A. A. (2008). Sex,Intimacy, and HIV.And ethnographic study of a puerto Rican social group in New York, *Journal of Psychology and Human Sexuality*,11, 51-92
- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. (7ª ed.). México, D. F. *Recuperado el 28 de agosto del 2006, de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.htm>*
- Stealth, R. P., & Ehrhard, T. P. (2008). Range, persistence Stealth, and Networking. The case for a Carrier Based Unmanned Combat Air System.
- Valdes, G. L. E., Malfrán, G. M. D., Ferrer, S., & Salazar A. E.(2012). Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en la provincia de Santiago Cuba. *Medisan* 16, 1-13.

Apéndices

Apéndice A
Cédula de Datos Sociodemográficos

Fecha: _____ Folio: _____

Edad: _____ Escolaridad en años _____

Estado civil: _____ No. de parejas sexuales: _____

Tiempo de la Relación Actual: _____

Apéndice B

Autoeficacia para Prácticas Sexuales Penetrativas

(Noboa y Serrano, 2006)

1.- ¿Yo no puedo negarme a la penetración anal sin condón masculino aunque él insista?

Definitivamente puedo Creo que puedo Creo que no puedo Definitivamente no puedo.

1

2

3

4

2.- ¿Yo puedo negarme rotundamente a la penetración anal si él no usa condón masculino?

Definitivamente puedo Creo que puedo Creo que no puedo Definitivamente no puedo.

1

2

3

4

3.- ¿Yo puedo oponerme a tener penetración anal sin condón masculino aunque él me pida que lo haga como muestra de mi amor?

Definitivamente puedo Creo que puedo Creo que no puedo Definitivamente no puedo.

1

2

3

4

4.- ¿Yo puedo explicarle a mi pareja los riesgos de la penetración anal sin condón masculino aunque él no me crea?

Definitivamente puedo Creo que puedo Creo que no puedo Definitivamente no puedo.

1

2

3

4

5.- ¿Yo puedo negarme a la penetración vaginal sin condón masculino?

Definitivamente puedo Creo que puedo Creo que no puedo Definitivamente no puedo.

1

2

3

4

6.- ¿Yo puedo aclararle a mi pareja porque los hombres insisten en la penetración aunque él se moleste?

Definitivamente puedo Creo que puedo Creo que no puedo Definitivamente no puedo.

1

2

3

4

7.- ¿Yo puedo negarme a la penetración vaginal sin condón masculino a pesar de mis fuertes deseos sexuales?

Definitivamente puedo Creo que puedo Creo que no puedo Definitivamente no puedo.

1

2

3

4

Apéndice C

Oficio de Autorización de la Jurisdicción Sanitaria



UANL



FAEN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN □ FACULTAD DE ENFERMERÍA / Coordinación de Maestría Modalidad Semipresencial

Dr. Arnulfo Hardy González
 Jefe. Jurisdiccional Sanitaria No. 1
 Centros de Salud 3 Núcleos Básicos El Valle
 Presente.-

Oficio FAEN No. 1063/2013


At'n: Dr. Axidir Mendoza Padilla
 Jefe de Enseñanza

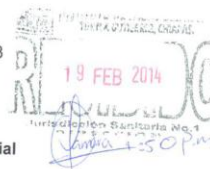
Estimado Dr. González:

Por medio de la presente reciba un cordial saludo, asimismo me permito solicitar a Usted de la manera más atenta su autorización para que la estudiante **Lic. Esperanza Alicia Ruiz Jiménez**, quien cursa el **Programa de Maestría en Ciencias de Enfermería Modalidad Semipresencial** que se oferta en esta Facultad de Enfermería, pueda recolectar datos para la prueba definitiva de su estudio de tesis titulado "**AUTOEFICACIA DE LA NEGOCIACIÓN SEXUAL EN AMAS DE CASA**". De ser favorecida con esta petición el estudio consistiría en la aplicación de los siguientes instrumentos: 1) Escala de Autoeficacia (EAE) (Noboa y Serrano 2006) 2) Cédula de datos sociodemográficos. La población será de 235 mujeres mayores de 18 años. Lo anterior es con el fin de llevar a cabo la recolección de información para su proyecto antes mencionado, el propósito del estudio es determinar la percepción de las mujeres sobre su capacidad para negociar prácticas de sexo seguro. El periodo en el cual se realizara será de 04 de Febrero al 07 de Marzo del año 2014 con una duración de por 5 semanas aproximadamente. Asimismo, me permito hacer de su conocimiento que dicho proyecto ya fue revisado por las Comisiones de Ética y de Investigación de esta Facultad de Enfermería.

Agradezco las atenciones que se sirva brindar a la presente y en espera de una respuesta favorable a esta solicitud, aprovecho la oportunidad para reiterarle mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente,
 "Alere Flamam Veritatis"
 Monterrey Nuevo León, a 18 de Diciembre de 2013


 Dra. Karla Selene López García
 Coordinador de Maestría Modalidad Semipresencial



80 años
 DEJANDO HUELLA

Ave. Gonzalitos No. 1500 Nte. C.P. 64460
 Monterrey, Nuevo León, México
 Tel. (52 81) 8348 1847 Ext. 108 / Fax: (81) 8348 6328



Apéndice D

Consentimiento Informado

Tema de investigación: AUTOEFICACIA DE NEGOCIACIÓN SEXUAL EN MUJERES

Responsable del estudio: Esperanza Alicia Ruiz Jiménez.

Prólogo: Estimada participante estamos interesados en conocer cuál es la mejor forma que utiliza para negociar con su pareja algunos aspectos de su conducta sexual, así como las habilidades que posee para tomar sus decisiones, por lo que le invitamos a participar en este estudio. Antes de tomar una decisión si desea o no participar, es importante que conozca el propósito, procedimiento, riesgos y beneficios de su participación en el estudio. Si desea participar le solicitaremos que firme este documento de consentimiento informado.

Propósito: El presente estudio tiene la finalidad de conocer como las mujeres pueden llegar a un arreglo con su pareja así como las habilidades que posee y les permita tener la capacidad de tomar una decisión que favorezca su vida sexual. La información que nos comparta será utilizada como parte de los estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería. Por favor, lea esta forma y realice todas las preguntas que tenga antes de firmar este consentimiento para que sea parte de este grupo de estudio.

Procedimiento: En el caso que usted acepte participar en el presente estudio, le pediremos que firme este formato de consentimiento informado, así mismo le solicitaremos que conteste dos cuestionarios que serán aplicados en el centro de salud en el momento que usted acuda a la consulta. El tiempo que le tomará contestar los cuestionarios será de aproximadamente de 20 minutos. Además se le informa que esto no tendrá ninguna repercusión en la atención que recibe por parte del centro de salud

Beneficios: En este estudio no existe un beneficio personal, sólo el tener la satisfacción de participar en un proyecto de investigación. Sin embargo los resultados del presente estudio podrán utilizarse para diseñar propuestas e intervenciones que beneficien a las mujeres en el aspecto de la relación con su pareja.

Riesgos: El riesgo es mínimo, usted encontrará palabras que pueden generar incomodidad por el uso de expresiones de lenguaje que se pueden percibir inapropiadas, groseras u ofensivas. Si se siente indispuesta o no desea seguir hablando de estos temas puede retirarse en el momento que usted lo decida.

Costos: No hay ningún costo por participar en el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione será confidencial y no se utilizará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación y su publicación en el futuro en artículos científicos, los datos se presentarán en forma general. Sus respuestas a los instrumentos aplicados serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas.

Información: Para obtener cualquier información que considere necesaria sobre sus derechos como participante en este estudio, por favor comuníquese al teléfono 83 48 18 47, en horario de 9 a 17 horas, dirección avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León.

Autorización: Declaro que he recibido toda la información necesaria y que por medio de la presente reconozco que no ha recibido ningún tipo de incentivo para participar de manera libre y voluntaria en el presente estudio. Acepto que he recibido una explicación satisfactoria sobre los procedimientos del estudio y su finalidad. Decido otorgar mi consentimiento para la recolección de datos.

Conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, con la única obligación de informar mi decisión al responsable del estudio.

Firma de la participante

Firma del investigador principal

Firma del testigo (1)

Firma del testigo (2)

Fecha _____

Resumen Autobiográfico

LEO. Esperanza Alicia Ruiz Jiménez

Candidato para obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: AUTOEFICACIA DE NEGOCIACIÓN SEXUAL EN MUJERES

LGAC: Sexualidad responsable y prevención ITS/SIDA

Biografía: Originaria de Raudales Malpaso, Chiapas, el día 14 de Febrero de 1972, hija del Sr. Ezequiel Rodolfo Ruiz Jiménez y la Sra. Alejandra Catalina Jiménez Olivera.

Educación: Egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México con grado de Licenciada en Enfermería y Obstetricia de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, en 2002; Curso postécnico de Administración de los servicios de enfermería, 2008- 2009, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM-ENEO) Curso Postécnico “Intervenciones y cuidados intensivos de Estudios Avanzados de Enfermería al Adulto en Estado Crítico” 2009-2010. Realizado en la (UNAM- Facultad de Estudios Zaragoza).

Experiencia profesional:

Personal docente titular de la materia de Administración Estratégica I y II, del Instituto Superior de estudios de Enfermería del Estado de Chiapas Nivel Licenciatura del 2010-2014; Enfermera Especialista en la Unidad de Cuidados Intensivos, en el Hospital General de zona II del Instituto Mexicano del Seguro Social, de Mayo del 2011 a la fecha. Coordinadora de la Especialidad de Enfermería en Cuidados Intensivos en el Instituto Superior de Enfermería del Estado de Chiapas, de 2012 a la fecha.

e-mail: esperanza1402@hotmail.es