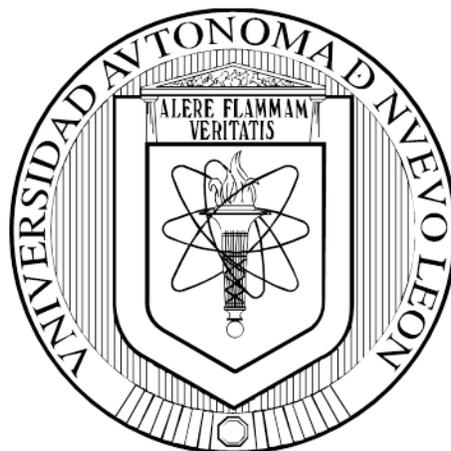


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



MODELO DE CONDUCTA SEXUAL EN MUJERES INDÍGENAS

POR

MCE. VIANET NAVA NAVARRO

COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2017

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



MODELO DE CONDUCTA SEXUAL EN MUJERES INDÍGENAS

Por

MCE. VIANET NAVA NAVARRO

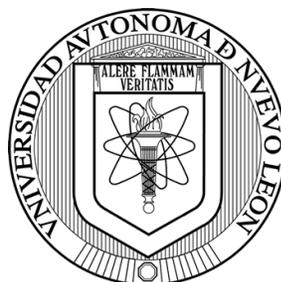
Director de Tesis

DRA. DORA JULIA ONOFRE RODRÍGUEZ

Como requisito para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2017

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



MODELO DE CONDUCTA SEXUAL EN MUJERES INDÍGENAS

Por

MCE. VIANET NAVA NAVARRO

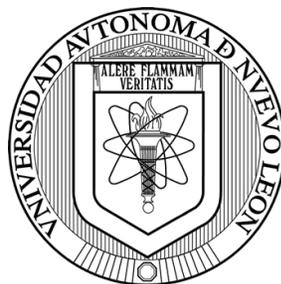
Co-Director de Tesis

DRA. IETZA ROCÍO BOJÓRQUEZ CHAPELA

Como requisito para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2017

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



MODELO DE CONDUCTA SEXUAL EN MUJERES INDÍGENAS

Por

MCE. VIANET NAVA NAVARRO

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PH.D.

Como requisito para obtener el grado de
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JUNIO, 2017

MODELO DE CONDUCTA SEXUAL EN MUJERES INDÍGENAS

Aprobación de Tesis

Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez

Director de Tesis y Presidente

Dra. María Aracely Márquez Vega

Secretario

Raquel Alicia Benavides Torres, PhD

1er. Vocal

Dr. Rogelio Zapata Garibay

2do. Vocal

Dra. Ietza Rocío Bojórquez Chapela

3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Agradezco a la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, por ser mi alma mater y otorgarme todas las facilidades para realizar los estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

A la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, que ha sido pilar en mi desarrollo profesional, especialmente a la Directora MCE. María de la Luz Bonilla Luis, por impulsarme a luchar por el reconocimiento de la Disciplina y por todo el apoyo incondicional recibido.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en especial a la Directora ME. Diana Ruvalcaba Rodríguez, por el apoyo recibido.

A la Subdirectora de Posgrado e Investigación, Dra. María Magdalena Alonso Castillo, por otorgar todas las facilidades académicas y administrativas durante este proceso.

A la Secretaria de Programas de Doctorado, Raquel Alicia Benavides Torres PhD, por las atenciones recibidas durante mi estancia en este Programa Académico.

Al Colegio de la Frontera Norte, Tijuana, Baja California, por las facilidades otorgadas para realizar una estancia de investigación.

De manera especial, agradezco a mi Directora de Tesis, Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, por estar presente en todo este proceso, por su acertada asesoría, comprensión, acompañamiento, por aquellas palabras que me brindó en los momentos más difíciles y que me impulsaron a continuar. Por compartirme sus conocimientos pero principalmente por la solidaridad que siempre mostro en cada momento.

Agradezco a mi Co-director de Tesis, Dra. Ietza Rocío Bojórquez Chapela, por su apoyo asesoría y por compartir sus experiencias y conocimientos. Así también por permitirme realizar una estancia de investigación.

Agradezco a cada uno de los integrantes del Comité de Tesis, Dra. Dora Julia Onofre Rodríguez, Dra. María Aracely Márquez Vega, Dra. Raquel Alicia Benavides Torres, Dr. Rogelio Zapata Garibay y Dra. Ietza Rocío Bojórquez Chapela por sus valiosas aportaciones, por su apoyo incondicional y por haberme fortalecido con su experiencia y conocimientos.

Agradezco también a cada uno de los doctores del posgrado que con su experiencia en la investigación aportaron a mi formación profesional.

Les agradezco a mis compañeros de generación 2014 – 2017 del programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería, por su amistad, consejos, compañía, tenacidad y por la inquebrantable lucha que siempre nos distinguió.

Agradezco a las participantes del estudio, por permitirme entrar a sus hogares y compartir sus experiencias de vida.

También quiero agradecer a cada uno de los integrantes del Cuerpo Académico de Enfermería Comunitaria, de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, con los que día a día he aprendido el valor del trabajo colegiado.

Agradezco a todos aquellos que sin ser mencionados contribuyeron en la realización de este logro profesional.

Dedicatoria

A mis hijos Elena, Erick e Isaí, por demostrarme todo su amor, por apoyarme siempre y en cada momento, por el acompañamiento que aún en la distancia, estuvieron pendientes y atentos con una sonrisa y palabras de aliento que me motivaron a continuar y por su infinita comprensión en todo este proceso en cada momento de tristezas y alegrías.

A mi esposo Aurel, que a pesar de los obstáculos que se presentan, me brindó todo su apoyo, por esa lucha continua y el esfuerzo por salir siempre adelante.

A mis padres Fernando y Esperanza, por ser el ejemplo en mi vida, por estar en cada instante compartiendo triunfos y derrotas, por la fé que han infundado en mí y por el apoyo de siempre.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco teórico conceptual	10
Modelo de promoción de la salud	10
Modelo de la conducta sexual de riesgo en mujeres indígenas (M-CONSEXMI)	15
Estudios relacionados	30
Objetivo general	54
Objetivos específicos de tipo cuantitativo	54
Objetivo específico de tipo cualitativo	54
Objetivo específico de tipo mixto	54
Definición de términos	55
Capítulo II	
Metodología	57
Diseño del estudio	57
Criterios de inclusión	58
Criterio de exclusión	58
Fase cuantitativa	58
Población, muestreo y muestra	58
Descripción de los instrumentos	59
Procedimiento de recolección de información	63
Fase cualitativa	65
Descripción de la guía de entrevista	65
Procedimiento de recolección de información	66

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Consideraciones éticas	68
Estrategias de análisis de datos (triangulación concurrente)	69
Capítulo III	
Resultados	77
Descripción de variables de la muestra de estudio	77
Estadística descriptiva de las variables	80
Consistencia interna de los instrumentos	81
Estadística inferencial	87
Modelos de conducta sexual en mujeres indígenas (M-COSEXMI)	100
Fase cualitativa	102
Categoría 1: Información sobre VIH, sida y otras ITS	103
Categoría 2: Razones del uso y no uso del condón	106
Categoría 3: Situaciones personales e interpersonales	111
Perfiles narrativos en MI	121
Síntesis cualitativa	125
Resultados Mixtos	130
Metainferencias de los resultados mixtos	135
Modelo de conducta sexual en mujeres indígenas (M-CONSEXMI)	136
Capítulo IV	
Discusión	139
Limitaciones	148
Conclusiones	149
Recomendaciones	149
Referencias	151

Contenido	Página
-----------	--------

Tabla de Contenido

Contenido	Página
-----------	--------

Apéndices

A. Cédula de datos	169
B. Consentimiento informado	170
C. Escala de autoestima	172
D. Inventario de sexismo ambivalente (ASI)	173
E. Escala de conocimientos sobre VIH y otras infecciones de transmisión sexual	176
F. Cuestionario de ventajas e inconvenientes en el uso del preservativo con una pareja afectiva heterosexual	179
G. Escala de autoeficacia para el uso del condón	181
H. Escala de violencia (EV)	186
I. Cuestionario de conducta sexual en mujeres indígenas	188
J. Entrevista semiestructurada	189
K. Opciones de respuestas visuales	192
L. Datos descriptivos de la escala de autoestima	193
M. Datos descriptivos del Inventario de sexismo ambivalente (ASI)	194
N. Datos descriptivos de la escala de conocimientos sobre VIH y otras infecciones de transmisión sexual	196
O. Datos descriptivos del cuestionario de ventajas e inconvenientes en el uso del preservativo	200
P. Datos descriptivos de la escala autoeficacia para el uso del condón	202
Q. Datos descriptivos de la escala de violencia	205
R. Libro de códigos	207
S. Matriz para plan de análisis (métodos mixtos)	214

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Estadística descriptiva y resultado de la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S)	80
2. Consistencia interna de los instrumentos	82
3. Modelo de regresión de la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con la conducta sexual en MI	83
4. Matriz de correlación entre edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con beneficios, barreras y autoeficacia percibidos para el uso del condón	85
5. Modelo de regresión de la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con beneficios percibidos para el uso del condón	86
6. Modelo de regresión de la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con beneficios percibidos para el uso del condón con “bootstrap”	86
7. Modelo de regresión de la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con los beneficios percibidos para el uso del condón	87
8. Modelo de regresión de la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con barreras percibidas para el uso del condón	88

Lista de Tablas

Tabla	Página
9. Modelo de regresión de la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con barreras percibidas para el uso del condón con “bootstrap”	88
10. Modelo de regresión de la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con barreras percibidas para el uso del condón	89
11. Modelo de regresión de edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con barreras percibidas para el uso del condón con “bootstrap”	90
12. Modelo de regresión de edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con autoeficacia percibida para el uso del condón	91
13. Modelo de regresión de la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con autoeficacia percibida para el uso del condón con “bootstrap”	91
14. Modelo de regresión de la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con autoeficacia percibida para el uso del condón	92
15. Modelo de regresión de la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con autoeficacia percibida para el uso del condón con “bootstrap”	92
16. Modelo de regresión de los beneficios, barreras y autoeficacia percibidos para el uso del condón con conducta sexual en MI	94

Lista de Tablas

Tabla	Página
17. Modelo de regresión de edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con violencia de pareja	95
18. Modelo de regresión de edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con violencia de pareja con “bootstrap”	95
19. Modelo de regresión de edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con violencia de pareja	96
20. Modelo de regresión de edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con violencia de pareja	96
21. Modelo de regresión de violencia de pareja con la conducta sexual en MI	97
22. Modelo de regresión de violencia de pareja con la conducta sexual en MI con “bootstrap”	97
23. Modelo de regresión de la conducta previa relacionada, factores psicológicos y socioculturales, beneficios, barreras y autoeficacia percibidos para el uso del condón e influencias interpersonales con la conducta sexual en MI	99
24. Modelo de regresión de factores socioculturales e influencias interpersonales con la conducta sexual en MI	99
25. Modelo de regresión de factores socioculturales e influencias interpersonales con la conducta sexual en MI con “bootstrap”	99

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Modelo de promoción de la salud	12
2. Esquema de relación de conceptos del modelo de conducta sexual en mujeres indígenas (M-COSXMI)	25
3. Modelo de subestructuración	26
4. Modelo de subestructuración	27
5. Modelo de subestructuración	28
6. Modelo de subestructuración	29
7. Diseño de triangulación concurrente	57
8. Resumen del diseño de triangulación concurrente del modelo de conducta sexual en mujeres indígenas	67
9. Diseño del plan de análisis de datos	72
10. Matriz para plan de análisis de datos (diseño de triangulación concurrente)	73
11. Representación gráfica de la relación directa con la conducta sexual en MI	100
12. Representación gráfica de asociación cuantitativa entre variables	101
13. Factores que influyen en la conducta sexual de riesgo en MI	128
14. Factores que influyen en la conducta sexual segura en MI	129
15. Modelo de conducta sexual en MI (M-COSEXMI)	138

Resumen

Nombre: Vianet Nava Navarro
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Agosto, 2017

Título del Estudio: MODELO DE CONDUCTA SEXUAL EN MUJERES INDÍGENAS

Número de páginas: 223

Candidato a obtener el Grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

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

Objetivo General y Método del Estudio: El objetivo del estudio fue explicar la conducta sexual en las MI, utilizando el Modelo de Promoción de la Salud a partir de metodología mixta. Se realizó un diseño de triangulación concurrente, que permitió analizar e interpretar los datos de manera paralela para la integración de las metainferencias. La muestra del estudio fueron MI de 18 a 60 años de edad. Se llevó a cabo la fase CUAN y CUAL. En la primera, se planteó el objetivo explicar la relación entre la conducta previa relacionada (edad del IVSA), factores psicológicos (autoestima); socio-culturales (escolaridad, sexismo y conocimientos sobre el VIH, sida y otras ITS), beneficios, barreras y autoeficacia percibidos (para el uso del condón) e influencias interpersonales (violencia de pareja) que influyen en la conducta sexual en MI. El diseño del estudio fue descriptivo-correlacional, el tamaño de la muestra se calculó para una prueba de regresión multivariada y univariada, con un nivel de significancia de .05, un Coeficiente de Determinación de $R^2= 0.09$ y una potencia de prueba de 90%, con 18 variables, el tamaño de la muestra fue de 386 MI. El muestreo aleatorio simple de acuerdo al censo poblacional de la comunidad. Para la medición de las variables se utilizó una cedula de datos y siete instrumentos con validez y confiabilidad aceptables. Los objetivos se analizaron por medio de modelos de regresión multivariado y univariado con y sin bootstroap. En la fase CUAL, el objetivo fue explorar los factores de las MI acerca de la conducta sexual segura y de riesgo. La población fueron las MI que participaron en la fase cuantitativa, el tamaño de la muestra fue de 11 participantes, el muestreo fue por bola de nieve. Se aplicó una entrevista semiestructurada. Se realizó análisis temático. Para el abordaje mixto se creó una matriz de diseño de triangulación concurrente.

Resultados y Conclusiones: los resultados CUAN, la escolaridad influye en la conducta sexual en MI ($R^2=.016$, $F_{[9,376]}=6.140$, $p<.014$), el conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS, influye en los beneficios percibidos para el uso del condón ($R^2=.14$, $F_{[5,380]}=12.698$, $p<.001$); la autoestima, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS, influyen en las barreras percibidas para el uso del condón ($R^2=.16$, $F_{[5,380]}=14.548$, $p<.001$); la autoestima, escolaridad y sexismo influyen en la autoeficacia percibida para el uso del condón ($R^2=.14$, $F_{[5,380]}=12.730$, $p<.001$). Así mismo la autoeficacia para la colocación del condón influyen en la conducta sexual en

MI ($R^2=.013$, $F_{[1,384]}=4.978$, $p<.026$); la autoestima y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS, influyen en la violencia de pareja ($R^2=.062$, $F_{[5,380]}=5.006$, $p<.001$) y la violencia de pareja influye en la conducta sexual en MI ($R^2=.010$, $F_{[1,384]}=3.962$, $p<.047$). En los resultados CUAL, se identificaron tres categorías (información sobre VIH, sida y otras ITS; razones para el uso y no usar condón y situaciones personales e interpersonales) y 14 subcategorías (no tiene información sobre VIH, sida y otras ITS; identifica riesgo de exposición/contagio del VIH, sida y otras ITS; interés sobre VIH, sida y otras ITS; expresan vergüenza para resolver dudas; la pareja no quiere usar condón; no le gusta usar condón a la MI; conocimiento, uso y colocación del condón; la MI propone el uso del condón; la MI confía en su pareja; han presentado infecciones vaginales; sexismo; violencia de pareja; autoestima de la MI y Comunicación de la red social). De acuerdo a las metainferencias de los resultados mixtos se incluyó en el modelo la variable comunicación con la red social, así como beneficios y barreras percibidas para el uso del condón. Conclusión: El estudio permitió un acercamiento a este grupo social, que es una población vulnerable que experimenta múltiples formas de discriminación e invisibilidad, por su origen indígena, por razones de género y por el estatus económico o social, así mismo, se considera que los hallazgos encontrados son de utilidad para el acercamiento de manera integral al fenómeno de la conducta sexual en MI, por lo que es necesario que el profesional de enfermería considere estos hallazgos para el diseño de programas para esta población.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), son problemas de salud pública por su magnitud, ya que se estima que 900 mil personas se infectan a diario y se registran 340 millones de casos nuevos de ITS cada año (Cruz, Ramos, & González, 2011). En relación al VIH, de los 35 millones de personas que se encuentran infectados en el mundo, el 50% son mujeres, del cual, las relaciones heterosexuales sin protección son el modo de transmisión predominante y constituye principalmente el mayor factor de riesgo de ITS, en los países en desarrollo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA], 2014).

El VIH, sida y otras ITS, son problemas de salud complejos y multidimensionales en los que se identifica que la conducta sexual es un factor de riesgo importante (Bahamón, Vianchá, & Tobos, 2014; Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida [CENSIDA], 2014), hay grupos poblacionales que se consideran en situación de desigualdad y vulnerabilidad, como es el caso de las mujeres indígenas (MI), por lo que es necesario abordarlas ya que presentan conductas que pueden ser potencialmente de riesgo para la transmisión del VIH, sida y otras ITS (CENSIDA, 2014; Núñez, 2010).

En América Latina, el 31% de las personas que viven con VIH son mujeres (Luiciano, Iacono, Vaquerano, & Vázquez, 2014). En México, el número de mujeres con VIH se ha incrementado más de seis veces al crecer de 6 mil a 37 mil de 1990 a 2013 (CENSIDA, 2014); el estado de Puebla, ocupa el quinto lugar a nivel nacional en número de casos de VIH y sida; por otro lado la entidad, concentra el 11.46% de la

población indígena nacional, y el 52.17% son mujeres (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2013).

Un estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2003) señala que al interior de algunas comunidades indígenas el VIH, sida y otras ITS, es seis veces más prevalente que en la población en general, lo que está relacionado con conductas sexuales de riesgo (Montenegro & Stephens, 2006), con tendencia hacia las mujeres (Ponce, Núñez, & Báez 2011; ONUSIDA, 2009). En este sentido, las condiciones que dificultan a las MI al desarrollo de conductas saludables se presentan en múltiples formas de discriminación e invisibilidad, como los factores sociales por el rezago social, la pobreza, el aislamiento y la educación deficiente o nula (Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas [CIENI], 2011; ONUSIDA, 2011).

Dentro de las condiciones estructurales se encuentran los comportamientos de género tradicionales, la dominación masculina expresada en sexismo-machismo, la violencia de género y la falta de decisión por sus derechos sexuales y reproductivos. Por lo que las MI por su origen, género y estatus económico o social enfrentan a una triple desventaja en su capacidad de decisión al ser mujer, ser indígena y ser pobre (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas [CDI], 2010; OMS, 2013; Purdy, 2013; Rosas, Jasso, & Huacuz, 2014).

Esta situación de vulnerabilidad afectan en conjunto de forma significativa la conducta sexual en MI que se encuentran entre los 18 y 60 años (CENSIDA, 2014), ya que generan riesgos para su salud sexual, por el simple hecho de ser una práctica construida y compartida socialmente lo que remite a la elaboración de imágenes, sentidos y significados atribuidos al ejercicio de la sexualidad (Compte, 2012), esto interfiere con la capacidad de la MI para disfrutar y expresar sus prácticas sexuales de manera libre, sin coerción sexual, violencia y/o discriminación (OMS, 2014; Swan, & Connell, 2012).

En relación a las conductas sexuales que realizan las MI y que las exponen al riesgo de VIH, sida y otras ITS, en primer lugar se identifica la edad de inicio de la vida sexual activa (IVSA), las MI que se encuentran entre 25 y 49 años, tienen su primera relación sexual a los 17.1 años en promedio (CONAPO, 2016), lo que está vinculado a la primera unión conyugal, es decir responde a patrones culturales de nupcialidad temprana (Wand & Ramjee, 2012; Romero, Kumar, & Infante, 2011; Rojas & Castrejón, 2011). En las mujeres no indígena la edad del IVSA en este mismo rango de edad, es en promedio entre los 17.7 y 18.5 años (CONAPO, 2016).

El IVSA a una edad temprana hace vulnerables a las MI, ya que el epitelio cervical es de tipo simple, no estratificado; característica fisiológica que hace que no haya una protección efectiva contra el VIH, sida y otras ITS. (Mavedzenge et al., 2011; Ponce et al., 2011; Ramiro, López, & Bermúdez, 2011; Rodríguez, 2014); el riesgo de exposición aumenta, cuando además de una IVSA a temprana edad, el 51.1% de las MI, tienen vida sexual activa con un hombre entre seis u ocho años mayor que ellas, donde él, ya ha iniciado su actividad sexual de manera anticipada y ha tenido diversos encuentros sexuales previos a la unión conyugal, sin el uso del condón (García & Jácome, 2006; Holmes & Williams, 2011; Lerner & Rodríguez, 2009; Rojas & Castrejón, 2011; Romero et al., 2011).

El no uso del condón, es otra conducta sexual que realizan las MI y que las expone al VIH, sida y otras ITS; solo el 6.8% de las MI usan el condón en su primera relación sexual, a diferencia del 10.1% de las mujeres no indígenas (Biraro et al., 2009; Instituto Nacional de las Mujeres, 2009). Aunado a esto, se observa que dentro del matrimonio, el uso del condón también es bajo; el 27% de las MI tienen la creencia de que la fertilidad depende de Dios, y no se debe interferir, por lo que solo el 2% de las parejas lo usan y de acuerdo a lo reportado, para evitar el embarazo y no como un mecanismo de prevención para evitar VIH, sida y otras ITS. Algunas acciones que

realizan las MI como protección sexual incluyen, negarse a tener relaciones sexuales (abstinencia sexual), aislarse, mentir y retraerse, lo que les impide tener una vida plena en su sexualidad o bien iniciar un ciclo de riesgo (Kumar, 2014).

Otro factor asociado a la conducta sexual, es el psicológico, en el cual, la autoestima puede ser la causa y el efecto de la conducta (Acosta, 2006), donde la valoración personal es traspasada por las creencias, costumbres y tradiciones de lo que se espera de las MI (Hernández, 2010), en el cual, en el contexto indígena la MI esta encadenada por el entorno hostil y en ocasiones agresivo. En un estudio llevado a cabo por Acosta (2006), en el cual se entrevistó a indígenas, menciona que la autoestima baja es debida al temor a la intimidad, maltratos conyugales, co-dependencia y violencia. Ocampo (2015), afirma que ante la baja autoestima, no es posible negociar el uso del condón con la pareja.

Por otro lado, la escolaridad, el sexismo y los conocimientos de las MI sobre VIH, sida y otras ITS, son factores socioculturales que se asocian a su conducta sexual. En relación a la escolaridad, se identifica que el 42% de las MI son analfabetas, el 64% terminan la primaria y sólo el 16.8% han estudiado la secundaria (Ponce, Hernández, Torres, & Rascón, 2011), en promedio su escolaridad es de 4.5 años (Bocos, 2011).

Para acceder a la educación, las MI se enfrentan a diversas situaciones lo que les impide continuar con sus estudios. Las limitaciones económicas, geográficas, incluso las personales como sus tradiciones que es casarse y dedicarse al hogar, le dificultan el acceso a espacios educativos. Por lo que la falta de educación formal en las MI, las limita a mejores oportunidades y acceso a servicios de salud de calidad (Schmelkes, 2013) y son aún más vulnerables para el acceso a la información y educación en relación a su salud sexual, principalmente para la comprensión de la información que profesionales de la salud les proporcionan, en ocasiones por el uso de una lengua indígena (Rosas et al., 2014; Romero et al., 2011).

Las MI al interior de la familia y de la comunidad, son las preservadoras, guardianas y transmisoras de la herencia cultural, con un claro indicador de desigualdad de género por las diferencias de roles y de poder, lo que las coloca en una situación de vulnerabilidad (Sierra et al., 2009). Un factor cultural reconocido y que explica mejor esta relación es el sexismo, el cual, es una actitud de prejuicio y conducta discriminatoria basada en la dependencia y sumisión, en una supuesta inferioridad de la MI. Por lo que se presenta como un fenómeno ambiguo, por un lado benevolente con actitudes positivas y conductas de protección donde enfatiza que la mujer es débil y presenta una dependencia ante el hombre. Por el otro, lado hostil, donde él demerita, domina y humilla a la mujer con conductas sutiles de violencia y abuso cotidiano (Glick & Fiske, 1996).

De acuerdo a Ulloa, Montiel y Baeza (2010), el 74.5% de las MI, indican que es la esposa quien debe obedecer a su marido. Así mismo, Ponce et al. (2011), manifiestan que la dominación masculina va de la mano con los comportamientos de género tradicionales y la conducta sexual de las MI, ante la falta de decisión sobre sus derechos sexuales, que se refleja en matrimonios y maternidades forzadas, prácticas sexuales de riesgo de sus parejas, el poco acceso sobre su cuerpo, la violencia de género y la falta de decisión sobre sus derechos sexuales y reproductivos.

Otro factor cultural, son los conocimientos que las MI tienen sobre el VIH, sida y otras ITS; de acuerdo a la Confederación Nacional de Mujeres Indígenas de Bolivia, (2012), las MI que inician su vida sexual a temprana edad o una vida en pareja, carecen de estos conocimientos, al encontrarse en relaciones con falta de equidad, lo que les impide el acceso a la información y a la toma de decisiones sobre su sexualidad, su cuerpo y sus derechos.

De acuerdo a Ramiro et al. (2011) y a Romero et al. (2011), las MI atribuyen el VIH, sida y otras ITS a factores como poderes sobrenaturales, espirituales, castigo de los

ancestros, brujería, hechicería o como resultado de una maldición realizada por la misma población.

Es necesario enfatizar que la información y/o conocimientos que las MI tienen sobre el VIH, sida y otras ITS, se comparte y transmite de generación en generación, ya que las MI, son las responsables de su continuidad histórica, y de transmitir a futuras generaciones sus creencias, conocimientos, patrones y perspectiva de los significados en este caso sobre el VIH, sida y otras ITS (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas [CDI], 2010).

En la mayoría de los casos la información que adquieren en relación a estos problemas de salud son resultado de lo que han escuchado, generalmente es información obsoleta e incorrecta, muy poco de lo que pueden adquirir es en fuentes confiables (profesionales de la salud), ya que la sexualidad es considerada un tabú, de la cual sienten vergüenza.

Por otro lado, Campbell, Baty, Ghandour y Stockman (2008), señalan que los factores cognitivos, pueden estar influenciando la conducta sexual en las MI, ya que para ellas es difícil tomar decisiones sobre su cuerpo y su sexualidad cuando hay falta de información, culpa, vergüenza, pero sobre todo curiosidad que tienen que controlar ante la falta de información y comunicación principalmente de la pareja. Por lo que usar o no el condón, tiene como referencia sus percepciones y capacidades; de acuerdo a Ramiro et al. (2011), dos de cada diez indígenas lo han usado, lo que está relacionado a los beneficios percibidos para su uso, que en este caso lo visualizaron como mecanismo de protección, ya que en el pasado manifestaron haber presentado alguna infección, por lo que recobra importancia su uso por la preocupación en la posibilidad de adquirir el VIH, sida y otras ITS.

Resultados de estudios cualitativos indican que las barreras percibidas por las MI para usar el condón, son los impedimentos y limitaciones que ellas visualizan para

utilizarlo. Se encontró que las MI mencionan que el condón debe usarse sólo cuando se tienen relaciones sexuales con *“trabajadoras sexuales”* o con personas que se saben infectadas con alguna ITS, además manifiestan que *“no es fácil usar el condón masculino porque depende de la voluntad del hombre”*, mencionan que por encontrarse en una relación monógama no es necesario usarlo (Ponce et al., 2011), o por los efectos secundarios del condón: *“he oído que se queda adentro”* (Confederación Nacional de Mujeres Indígenas de Bolivia, 2012; Ramiro et al., 2011).

La autoeficacia para el uso del condón se refiere a la capacidad y habilidad percibida que la MI tiene para usarlo. La literatura señala que la autoeficacia predice significativamente el uso del condón en las mujeres que tienen parejas ocasionales (Reid & Aiken, 2010). La Confederación Nacional de Mujeres Indígenas de Bolivia (2012), hace mención que sus habilidades están asociadas a sus prácticas en el uso, las cuales son mínimas, por el acceso y los estereotipos culturales, actitudes, temor e inseguridad *“Yo conozco, probé una vez pero antes de terminar mi pareja se lo sacó, hay de colores, sabores y olores diferentes”*, *“Creo que sí puedo usarlo, lo malo es que la pareja no quiera ponérselo”*

En relación a los factores interpersonales, se ha encontrado que la violencia sobre las mujeres por parte de su pareja es un factor que afecta la salud sexual (Jewkes, 2013). De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas (ONU Mujeres; 2013), las mujeres expuestas a la violencia de pareja tienen mayor probabilidad de tener VIH, sida y otras ITS, ya que biológicamente son más vulnerables debido a posibles lesiones genitales que pueden derivarse de relaciones sexuales forzadas, lo que favorece la transmisión de microorganismos (Phillips, 2014; Seth et al., 2010).

Según Castro (2008), la violencia, se hace presente desde el enamoramiento, donde los varones agreden físicamente a las jóvenes por celos, donde dicha conducta

agresiva se acentúe en el matrimonio precisamente cuando las mujeres no acceden a tener relaciones sexuales bajo las condiciones que la pareja le impone.

El 40% de las MI, refiere que el marido tiene derecho a golpear a la esposa, así mismo, el 20% menciona que el marido tiene derecho a obligar a la mujer a tener relaciones sexuales (Romero et al., 2011). Rosas et al. (2014), reportan que el 14% de las MI señaló tener relaciones sexuales sin libre consentimiento de manera frecuente, 7% mencionó tener relaciones a la fuerza con sus esposos de manera común, 8% dijeron haber sido acariciadas o manoseadas sin su consentimiento, el 30.8% fueron agredidas con palabras, de índole sexual, que las insultaban. Se identificó que las MI por costumbre y temor, aceptan y consideran la violencia de pareja como algo normal (CONAPO, 2013; Ulloa et al., 2010; Ponce et al., 2011; Rojas & Castrejón, 2011; Ulloa et al., 2010).

Con base a lo anterior, el poder explicar los factores que intervienen en la conducta sexual en MI es complejo. En México, los estudios realizados que han abordado a la población indígena han sido por la antropología y la sociología a partir de la defensa de sus derechos y reconocimiento a su diversidad cultural. Así mismo, se han realizado estudios en poblaciones clave, principalmente en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (Ponce & Nuñez, 2011); sin embargo, por enfermería, los acercamientos a este fenómeno han sido escasos y no ofrecen sustento teórico empírico, así mismo el estudio de algunos factores de riesgo de la conducta sexual de la población indígena han sido estudiados generalmente en hombres.

Como se puede vislumbrar, existen pocos trabajos de investigación que permitan conocer sobre los factores que exponen a una conducta de riesgo a las MI, además se desconoce en qué medida el comportamiento sexual incide o dificulta la prevención del VIH, sida y otras ITS (Ponce et al., 2011), lo que genera que el fenómeno este explicado parcialmente, al no contar con una idea lo suficientemente acabada de la problemática.

Por lo que para poder entender la naturaleza de este fenómeno es necesario analizar los factores que influyen en la conducta sexual en MI, a partir de un modelo teórico que permita una explicación con mayor profundidad de su naturaleza y contexto, para la generación de nuevo conocimiento mediante investigación científica, lo que conducirá a diseñar programas estratégicos de información, educación, acciones de prevención, monitoreo, atención oportuna y eficiente, entre otras, tendientes a mitigar y disminuir la incidencia en este grupo de la población específica.

En la disciplina de enfermería, Pender, Murdaugh y Parsons (2011) proponen el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) para explicar la conducta del sujeto por medio de distintas variables biológicas, psicológicas, socioculturales, cognitivas y situacionales; que en su conjunto pueden contribuir a explicar la conducta sexual en MI. Con base en la revisión de literatura, el modelo no ha sido aplicado para explicar este fenómeno. Por lo anterior, se planteó la substracción teórica utilizando el MPS, ya que aportó mayor explicación del fenómeno de estudio y permitió predecir la conducta sexual en MI, mediante su verificación a través de pruebas empíricas. Por lo que fue de gran importancia para fortalecer el cuerpo de conocimiento en enfermería.

Por lo tanto, el propósito del presente estudio fue probar un modelo explicativo de la conducta sexual en MI de 18 a 60 años, a través de métodos mixtos, lo que permitió comprender mejor el problema de investigación al combinar las fortalezas de ambos métodos (cualitativo y cuantitativo) para la obtención de mejores resultados, a través de un abordaje con mayor profundidad de los factores que influyen en la conducta sexual en MI. Se obtuvo mayor riqueza interpretativa con los datos complementarios del abordaje cualitativo, lo que permitió comparar y contrastar con los resultados cuantitativos. Así mismo la metodología mixta permitió la comprensión del fenómeno al dar una explicación holística de los factores que se relacionan en la conducta sexual.

Marco teórico conceptual

Para el presente estudio se tomaron como marco de referencia los conceptos del Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola J. (Pender et al., 2011). El MPS, propone explorar los complejos procesos biopsicosociales que motivan al individuo a comprometerse con la adopción de conductas saludables. El MPS, está sustentado en dos teorías: la teoría de aprendizaje social de Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. Este modelo se ha utilizado en el estudio de diversos fenómenos como la actividad física, la alimentación, en pacientes con cáncer y en pacientes con enfermedades crónicas, entre ellas diabetes (Cruz, 2012; Laguado & Gómez, 2014; Díaz, Díaz & Beristaín, 2011).

Modelo de promoción de la salud

De acuerdo a (Pender et al., 2011), el MPS está integrado por tres grupos de constructos, el primero se refiere a las características y experiencias individuales, y considera dos conceptos: 1) conducta previa relacionada, la cual se refiere a experiencias anteriores de la conducta que pudieran tener efectos indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud; y 2) factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales de acuerdo con este modelo son predictivos de una conducta.

El segundo grupo de constructos es el de cogniciones y afectos específicos de la conducta, el cual comprende seis conceptos: 1) Beneficios percibidos de la acción, son los resultados positivos anticipados que se producirán como expresión de la conducta de salud; 2) Barreras percibidas para la acción, son las apreciaciones negativas o desventajas de la propia persona que pueden obstaculizar un compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real; 3) Autoeficacia percibida, esto representa la percepción de competencia de sí mismo para ejecutar una cierta conducta. Conforme es mayor aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la

conducta, además, tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica. 4) Afecto relacionado a la actividad, son las emociones o reacciones directamente afines con los pensamientos positivos o negativos, favorables o desfavorables hacia una conducta; 5) Influencias interpersonales, se considera probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de salud cuando los individuos importantes para ellos esperan que se den estos cambios e incluso ofrecen ayuda o apoyo; 6) Influencias situacionales, pueden aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.

El tercer grupo de constructos es el de resultado conductual, considera las demandas y preferencias contrarias inmediatas, integra las conductas alternativas sobre las que los individuos tienen bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia, en cambio las preferencias personales posibilitan un control relativamente alto sobre las acciones dirigidas a elegir algo y la conducta promotora de la salud es el punto de expresión de la acción dirigida a los resultados de la salud positiva. Los principales conceptos de esta teoría se muestran en la figura 1.

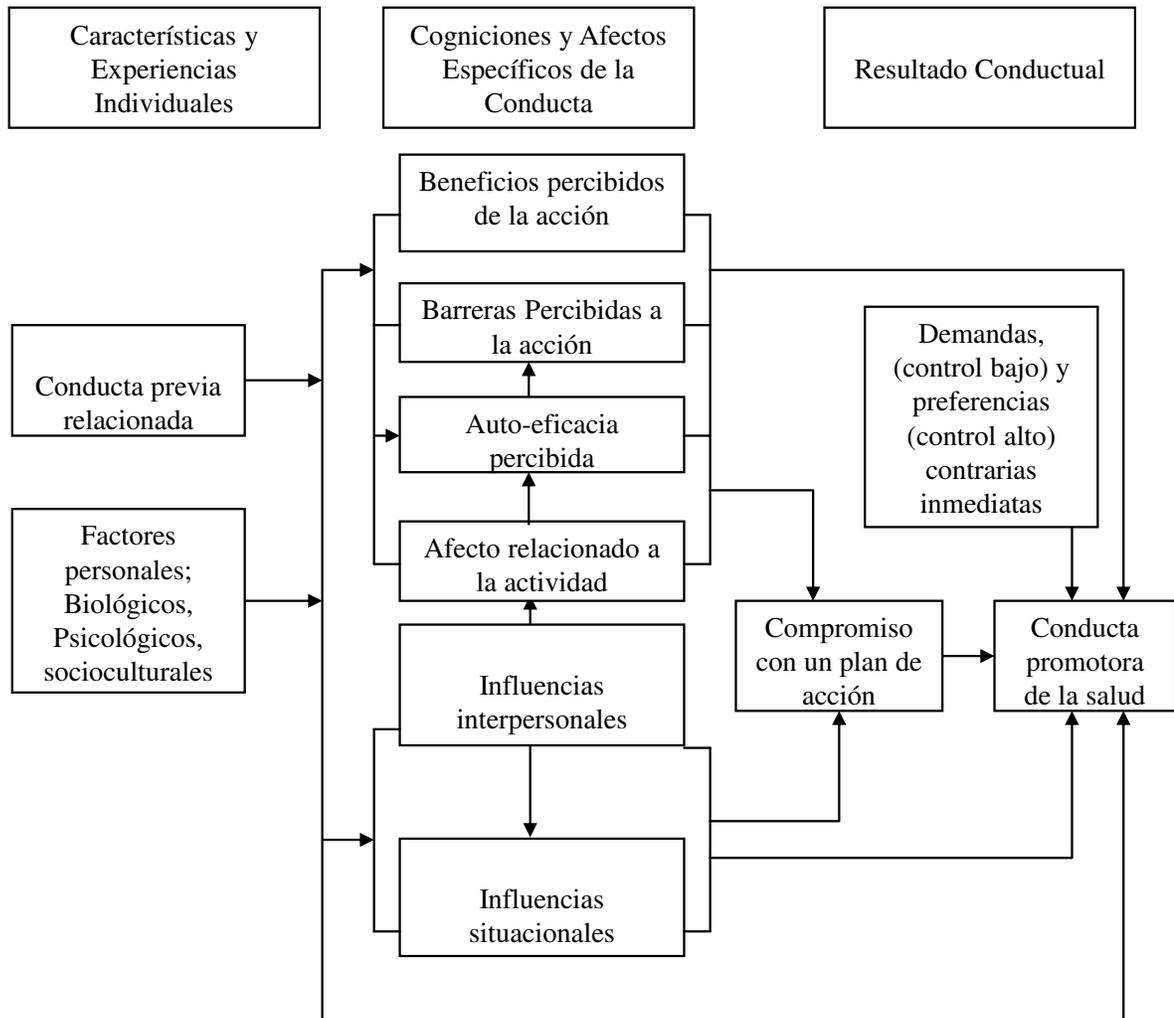


Figura 1. Modelo de Promoción de la Salud. (Pender, N. J., Murdaugh C. L., & Parsons M. A., 2011). Health promotion in nursing practice, p. 45.

El MPS cuenta con catorce declaraciones teóricas

1. La experiencia previa, lo heredado y las características adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de la conducta promotora de salud.
2. Las personas comprometidas, adoptan conductas de las cuales ellos derivan personalmente beneficios anticipados.
3. La percepción de barreras puede restringir el compromiso a la acción, actúa como mediador de la conducta.
4. Competencia percibida o autoeficacia a ejecutar una conducta dada incrementa la posibilidad de compromiso a la acción y a mejores resultados de la conducta actual.
5. Mayor autoeficacia percibida resulta menos barreras percibidas a una conducta específica de salud.
6. Afecto positivo hacia una conducta resulta una mayor autoeficacia percibida, el cual incrementa el afecto positivo.
7. Cuando las emociones positivas o afecto son asociados con una conducta, la probabilidad de compromiso y acción se incrementa.
8. Las personas tienen más probabilidad de compromiso y adoptar conductas promotoras de salud, cuando otros modelos de conductas significantes suponen que la conducta ocurra y que la asistencia y el apoyo permitan la conducta.
9. Familia, pares y personal de salud son importantes fuentes de influencia interpersonal y pueden incrementar o disminuir el compromiso y adaptación de conductas promotoras de salud.
10. Influencias situacionales y el ambiente externo puede incrementar o disminuir el compromiso a la participación en conductas promotoras de salud.
11. Un gran compromiso a un plan específico de acción incrementa la probabilidad que las conductas promotoras de salud sean duraderas.

12. Compromiso a un plan de acción tiene menos efecto en la conducta deseada cuando las demandas compiten sobre las cuales las personas tiene poco control y requieren atención inmediata.

13. Compromiso a un plan de acción tiene menos efecto en la conducta deseada, cuando otras acciones son más atractivas y preferidas que la conducta.

14. Las personas pueden modificar cogniciones, afecto y los ambientes físicos e interpersonales y crear incentivos para la acción de salud.

De acuerdo a como está integrado y por las declaraciones teóricas se considera que el MPS es de utilidad para explicar la conducta sexual en MI; para la elaboración de la subestructuración se utilizaron los pasos sugeridos por (Dulock & Holzemer, 1993). Donde se partió de la búsqueda de literatura científica y se retomó como marco de referencia los conceptos del MPS de Nola J. Pender (Pender et al., 2011).

Es importante señalar que en el concepto de factores personales socioculturales del MPS, solo se considera la educación, raza, etnicidad, aculturación y estado socioeconómico, sin embargo de acuerdo a (Pender et al., 2011) este concepto puede estar limitado y sugieren que puede cambiarse a lo que teóricamente es relevante para explicar o predecir el comportamiento del individuo, por lo que el investigador es libre de elegir nuevos conceptos que sean más apropiados al fenómeno de estudio.

En este sentido, para explicar la conducta sexual en MI, se requirió de conceptos específicos como sexismo y los conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS, que las MI tienen, dado que la literatura señala que son factores predictores para una mayor explicación de las variables que interactúan con su conducta sexual.

Modelo de conducta sexual en mujeres indígenas (M-CONSEXMI)

Para la subestructuración de la TRM se utilizaron los cuatro pasos de Dulock y Holzemer (1993). Para explicar la conducta sexual en MI a partir de algunos conceptos de Pender et al. (2011). El primer paso consistió en la identificación de los conceptos de interés del MPS, así mismo se realizó la revisión de la literatura existente acerca del fenómeno de estudio.

En el segundo paso, se realizó la clasificación y se especificó las relaciones de los conceptos de la teoría de rango medio, representada por las variables del fenómeno por estudiar, así también se dio continuidad en la revisión de literatura con base en los conceptos, y se integraron nuevas formas de ver el tema de interés, con la finalidad de visualizar cual permitía explorar mejor el fenómeno de estudio.

Al determinar que el MPS Pender et al. (2011), permitió explicar la conducta sexual en MI, de acuerdo a los conceptos que propone se seleccionaron de las características y experiencias individuales los factores personales biológicos (edad del inicio de la vida sexual activa [IVSA]), psicológicos (autoestima) y socioculturales (escolaridad y se integran sexismo y conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS). De las cogniciones y afectos específicos de la conducta: los beneficios, barreras y autoeficacia percibidos (para el uso del condón) y de las influencias interpersonales (violencia de pareja), lo que influyen en la resultado conductual (conducta sexual en MI) (ver figura 2). Estos conceptos de la TRM, representan las variables del fenómeno que se estudiaron, los cuales se enuncian a continuación.

Edad del inicio de la vida sexual activa

En relación a la conducta previa relacionada, la edad es una característica propia que marca la naturaleza del comportamiento, además es una condición que permite identificar los actos, el significado y la orientación que las MI otorgan a su sexualidad.

En este sentido, Romero et al. (2011), mencionan que el conocer la edad del IVSA, es un factor importante en la conducta sexual. Se han encontrado estudios donde señalan que la edad en que las MI tienen su IVSA es antes de los 16 años con hombres que comúnmente son mayores que ellas, donde generalmente es dentro de la primera unión conyugal (nupcialidad temprana). Sin embargo, viven esta experiencia sin plena conciencia o voluntad y bajo la fuerte presión que ejerce sobre ellas el novio y/o futuro esposo (Rojas & Castrejón, 2011).

El IVSA en las MI, por lo general implica el establecimiento de vínculos emocionales así como el inicio de la vida conyugal y reproductiva; el hecho de que quiera expresar su sexualidad a través del placer sexual les implica una connotación negativa, por ello se establece que deben desempeñar un papel de mujeres serias, sin manifestar conocimiento ni deseos sexuales y mucho menos tener ningún tipo de experiencia sexual, lo que les dificulta la negociación de relaciones equitativas y el ejercicio de decisiones autónomas y así como la negociación para el uso de protección (Lerner & Rodríguez, 2009; Ponce et al., 2011). Para este estudio la edad del IVSA, es el número de años cumplidos que la MI expresa sobre el momento en el que tuvo su primera sexual.

Autoestima

La autoestima es uno de los elementos que se considera clave para determinar el bienestar psicológico y es un indicador del grado de satisfacción que una persona tiene sobre sí misma, de manera positiva (asociada con la autonomía, seguridad e integridad personal) o negativa (vinculada con la ansiedad, el estrés y sentimientos de ineficacia) (Román & Moreno, 2010). De acuerdo a Campos (2011), la autoestima es un referente de la valía personal que le da sentido a la identidad (pensamientos, sentimientos y sensaciones) y a las experiencias personales. De acuerdo a Senior y Chenhall (2008), reportan que generalmente a las MI las han enseñado a ser sumisas e inferiores a los

hombres, y como consecuencia se encuentran en riesgo de ser intimidadas y presionadas a tener relaciones sexuales de riesgo, una consecuencia de esto es como lo reporta Vargas, Gambara y Botella (2006) los adolescentes indígenas que tienen autoestima baja, presentan actividad sexual a temprana edad, además las MI se encuentra más vulnerable a la violencia sexual (Rosas et al., 2014; Ulloa et al., 2010). Por lo que para el presente estudio la autoestima se refiere a la percepción de la MI acerca del grado de satisfacción que tiene sobre sí misma, manifestado por sentirse orgullosa, útil y a gusto con lo que realiza.

Escolaridad

La escolaridad es un factor sociocultural, el cual es un predictor del comportamiento de las personas (Pender et al., 2011). Las MI, presentan dinámicas y tendencias diferentes en los patrones de comportamiento sobre la conducta sexual, en parte por las condiciones de desigualdad, marginación y discriminación en las que viven, pero también por las diferencias en sus sistemas de normas y valores a través de las cuales han construido sus particulares interpretaciones de la realidad, que permiten analizar su rol en la cultura.

Es decir, en muchas comunidades indígenas, las mujeres desde muy temprana edad deben cumplir una serie de tareas domésticas predeterminadas como cuidar a los hermanos menores, ayudar en la cocina, acarrear leña para el fogón, entre otras; por lo cual, solo es necesario que desde niñas solo aprendan a leer y escribir ya que sus espacios se restringen sólo al ámbito hogareño en el cual se fomentan otro tipo de cualidades (Calfio & Velasco, 2005). En este caso, de acuerdo a González y Mojarro (2011), la posibilidad de continuar estudiando contribuye a retrasar la edad del matrimonio.

La escolaridad a las MI les permitirá la adquisición de herramientas personales para la toma de decisiones y mejorar su calidad de vida, sin embargo, dos de cada tres

MI carecen de educación formal, así mismo, diversas investigaciones evidencian que la gran mayoría de mujeres hablantes de lengua indígena en nuestro país no logra el acceso a la educación secundaria. (CONAPO, 2013; INEGI, 2010; Kolahdooz et al., 2014; Lara, 2012; Lerner & Rodríguez, 2009; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD], 2013). La escolaridad de las MI, son los años de estudio concluidos.

Como se señaló con anterioridad, los conceptos que integran los factores socioculturales de acuerdo al MPS, se encuentran limitados por lo que es posible cambiar a lo que teóricamente es relevante para explicar o predecir el comportamiento, por lo que se requirió de los conceptos de sexismo y conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS, para una mayor explicación de las variables que interactúan con la conducta sexual de riesgo en las MI, estos conceptos consisten en nuevas declaraciones sobre los conceptos de interés y es donde se realizó la modificación en el MPS.

Sexismo

El sexismo, se ha encontrado como un factor cultural en el que históricamente en los pueblos indígenas se presenta una fuerte discriminación de género, al considerar a las MI de manera estereotipada (frágiles, dependientes, con instinto maternal y pasividad sexual) y que la limita a ciertos roles basados en una supuesta inferioridad (Romero et al., 2011).

De acuerdo a Glick y Fiske (1996) el sexismo se presenta como un fenómeno ambivalente, a partir de dos dimensiones benevolente y hostil. El sexismo benevolente se refiere a las actitudes expresadas de manera positiva, incluso con conductas de ayuda y protección, que se desarrollan como parte de un rol social tradicional, en el cual, se enfatiza la debilidad, insuficiencia y dependencia de la mujer ante la necesidad de la protección de un hombre; se hace referencia a la creencia de superioridad del hombre ante la mujer, donde el hombre tiende a demeritar, dominar y humillar con conductas sutiles o suaves de violencia y abuso cotidiano, con situaciones de castigos y

recompensas que permite sostener y reforzar la subordinación de la mujer (Cárdenas et al., 2010).

El sexismo, atribuye a las MI el estatus de objeto para la satisfacción sexual de su pareja por lo que la predispone a la sumisión y el cumplimiento, lo que impide que las mujeres tomen sus propias decisiones sobre su salud reproductiva, así mismo les impide hablar de cuestiones de sexo y las limita al uso o solicitud del condón (Romero et al., 2011; Vivero, 2010). El sexismo son actitudes que tienen las MI respecto a roles sociales restringidos basados en una conducta discriminatoria, así como dependencia y sumisión por parte de la pareja.

Conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS

La cultura, de acuerdo a la OPS y la OMS, es un conjunto de elementos que determinan la forma en que las personas conciben el mundo y su lugar en él. Incluye su patrón de creencias, conocimientos, pensamientos, valores, prácticas, comunicaciones, comportamientos y las relaciones del individuo con los otros individuos, con la naturaleza y con los seres espirituales. Por lo que como parte de los elementos de la cultura, se consideran los conocimientos, que en el caso de las MI el VIH, sida y otras ITS, comprenden un conjunto de ideas, conceptos, mitos y procedimientos que habitualmente no controlan ni conocen, generalmente les dan una explicación tradicional de origen natural, social, calendárica y divina (Cordero, Luna, & Vattuone, 2010).

Los niveles de conciencia y conocimiento sobre el VIH son más bajos en la población indígena que en otros grupos étnicos. Y aunque el conocimiento no es el único factor implicado en el desarrollo de conductas preventivas, es necesario para desarrollar una percepción de vulnerabilidad y contribuir en una menor exposición a prácticas de riesgo. Por lo tanto, la falta de conciencia y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS, puede afectar la adopción o no de métodos eficaces de prevención (Miller et al. 2011; Taylor, Hembling, & Bertrand, 2015). Para el presente estudio los

conocimientos sobre el VIH, sida y otras ITS, se refiere a la información que las MI tienen sobre VIH y sida, las formas de transmisión y prevención, así como la información sobre otras infecciones de transmisión sexual.

Beneficios para el uso del condón

Los beneficios para el uso del condón, se relacionan con la experiencia sexual, se ha encontrado que el uso del condón es un predictor de la conducta, es decir, hay una relación entre la habilidad (autoeficacia) de las mujeres con el uso del condón y la probabilidad continuar usándolo. De acuerdo a Ramiro et al. (2011) las MI que presentan actitudes favorables hacia su uso, son aquellas que han tenido relaciones sexuales con protección y han observado su efectividad anticonceptiva.

Por lo tanto la experiencia previa para el uso de un método de barrera en la relación sexual, es un beneficio y es considerado un factor fundamental para comenzar a tener una representación o percepción de vulnerabilidad y adoptar una conducta preventiva. De acuerdo a Confederación Nacional de Mujeres Indígenas de Bolivia (2012), en las MI, existe desinformación sobre la cualidad y beneficios de la protección del condón, es considerado sobre todo como un método anticonceptivo, poco usado; por lo que no tienen experiencias y no saben si es verdad que se siente incómodo o molesta. Por lo tanto, para el presente estudio los beneficios para el uso del condón, son las percepciones acerca de las ventajas que las MI identifican en el uso del condón al tener relaciones sexuales con su pareja.

Barreras para el uso del condón

Las barreras para el uso del condón se refieren a los obstáculos y limitaciones para de llevar a cabo una conducta de salud (Pender et al., 2011). Se ha encontrado evidencia que las MI no saben usar el condón, ya que está asociado con la práctica la cual es mínima. Así mismo, el temor a la reacción de la pareja, no saben cómo negociar su uso (Confederación Nacional de Mujeres Indígenas de Bolivia, 2012).

Algunos obstáculos encontrados son las ideas erróneas y el bajo nivel de conocimiento en conductas preventivas frente al VIH, sida y otras ITS, generalmente tienen información insuficiente o de mala calidad (atribuyen sus causas a factores externos o poderes sobrenaturales), lo que aumenta la probabilidad de cometer prácticas sexuales de riesgo (Ramiro et al., 2011). De acuerdo a la Confederación Nacional de Mujeres Indígenas de Bolivia (2012), otras limitaciones son el encontrarse en una relación monogámica, por los efectos secundarios, oposición de la pareja, razones religiosas, o por no saber usarlos (Instituto Nacional de las Mujeres, 2009).

De acuerdo a Senior y Chenhal (2008), las mujeres que se encuentran en relaciones caracterizadas por violencia es poco probable su insistencia en el uso de condón principalmente relacionado con habilidades limitadas para negociar el uso del condón y sentimientos de vergüenza, para evitar ser etiquetada con algún estereotipo negativo. Es por ello que las barreras percibidas para el uso del condón en el presente estudio, se definieron como las percepciones acerca de los inconvenientes que las MI identifican en el uso del condón, al tener relaciones sexuales con su pareja.

Autoeficacia para el uso del condón

La autoeficacia, es el juicio de cada persona sobre sus capacidades, lo que permite organizar y ejecutar sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado (Pender et al., 2011). El conocimiento que tiene la persona de su capacidad, la estimula o inhibe a realizar una determinada acción, por lo que factores internos le ayudan a desarrollar habilidades conductuales. Se ha encontrado que la autoeficacia se correlaciona positivamente con el optimismo, autoestima, calidad de vida y satisfacción; por el contrario de manera negativa con la depresión y ansiedad (Cid, Orellana, & Barriga, 2010). La autoeficacia se reconoce como un predictor del cambio de conducta y se define como la creencia que tiene una persona sobre su capacidad y esfuerzo necesario para ejecutar con habilidad una determinada tarea (Bandura, 1986).

Por lo tanto en las MI, sus recursos personales con base en la experiencia previa, relacionada a sus prácticas sexuales, les ayudan a desarrollar habilidades conductuales y tener una mayor percepción de autoeficacia principalmente en la toma de decisiones para prevenir una conducta de riesgo (Ramiro et al., 2011). Para este estudio, la autoeficacia percibida para el uso del condón, se definió como la percepción de la capacidad y habilidad que las MI tiene en el uso del condón, al tener relaciones sexuales con su pareja.

Violencia de pareja

Se considera que la violencia de pareja, es un patrón repetitivo, deliberado y prolongado de maltrato que implica la supremacía masculina sobre la mujer, incluye violencia física, emocional, sexual y los comportamientos dominantes por parte de su pareja. Es una expresión de abuso de poder sobre la mujer, al denigrarla y concebirla como objeto, que atenta contra su libertad, dignidad e integridad física a través de actos que degradan o dañan su cuerpo y/o sexualidad (OMS, 2011)

Está documentado que en las MI existe relación entre la violencia de pareja y los riesgos para la salud sexual, donde, las relaciones sexuales forzadas se asocian con una serie de problemas de salud, incluida la transmisión del VIH y otras ITS, el embarazo no deseado, sangrado vaginal o infección, fibromas, disminución del deseo sexual, irritación genital, dolor durante las relaciones sexuales, dolor pélvico crónico y las infecciones del tracto urinario (Puri, Tamang, & Shah, 2011; Rosas et al., 2014).

La violencia conyugal se relaciona con el alcoholismo masculino, el adulterio y la celotipia masculinas (Sieder & Sierra, 2011). En la violencia psicológica, las palabras ofensivas tienen una carga emocional que hiere a las mujeres. En algunas comunidades, los padres y esposos tienen el cómo derecho de gritar, insultar y golpear a la mujer si así se considera conveniente. Testimonios de estas expresiones comunes y frecuentes como

parte de la educación de la niñez y juventud, lo que acentúa la creencia de que las mujeres son objetos sexuales y merecedoras de todo tipo de violencia.

En la violencia sexual por tradición la sociedad les ha atribuido a las MI debilidad y fragilidad, cuando en realidad son las condiciones de vida que las que exponen a las agresiones. La opresión, la explotación, la discriminación y la falta de equidad se convierten en la raíz de la vulnerabilidad de las mujeres (ONU, 2007).

Los episodios de violencia, minan la confianza y autoestima de las MI, es decir no se consideran valiosas y piensan que no tienen derechos iguales que los hombres (Ulloa et al., 2010). Para este estudio la violencia de pareja, se definió como la presencia o ausencia de maltrato que recibe la MI por parte de su pareja, manifestado por abandono, celotipia, insultos, golpes, amenazas con armas de fuego o punzo cortantes y uso de la fuerza física para tener relaciones sexuales.

Conducta sexual en MI

Las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual de la persona o comunidades con suficiente consistencia para ser predecibles, estos patrones pueden tener connotaciones positivas o negativas en función de las consecuencias. En este caso las conductas sexuales hacen más probable la incidencia de situaciones nocivas para las MI y este fenómeno es mucho más complejo ya que en él intervienen factores de orden personal, psicológico, biológico, afectivo y social (Bahamón et al., 2014).

De acuerdo a Devries, Caroline, Morison y Saewyc, (2009), importantes predictores de la conducta sexual en MI para VIH, sida y otras ITS, son el IVSA, la autoestima, la escolaridad, el sexismo, los conocimientos, beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón y violencia de pareja. Así mismo, las MI se encuentran expuestas al riesgo de VIH, sida y otras ITS generalmente por su pareja (relaciones extramaritales y la falta del uso de protección), principalmente por que las MI no pueden negociar el uso de condón en las relaciones sexuales con su pareja, por

temor, inseguridad, falta de información y resistencia de la pareja (Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [ENASSER], 2009; ONUSIDA, 2012; Ramiro et al., 2011).

Por tal motivo, como resultado de la interacción entre las variables previamente mencionadas, la conducta sexual se define como las prácticas sexuales que exponen a las MI ante una conducta sexual de riesgo o una conducta sexual segura, incluyó la frecuencia del uso del condón, número de parejas sexuales y tipo de pareja sexual en la cual se consideró estable y/o ocasional, para los cuales se consideraron los últimos 12 meses.

Con base en los conceptos previamente subestructurados se propone el Modelo de Conducta Sexual en Mujeres Indígenas (M-COSEXMI). Por lo que para el tercer y cuarto paso, se ordenaron jerárquicamente los conceptos de acuerdo a su nivel de abstracción y finalmente se ilustraron las relaciones entre las variables (Figura 2, 3, 4, 5 y 6).

Por lo que de acuerdo al M-COSEXMI, se identificaron las siguientes proposiciones:

1. La edad del IVSA, la autoestima, la escolaridad, el sexismo y los conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS influyen en la conducta sexual en MI.
2. La edad del IVSA, la autoestima, la escolaridad, el sexismo y los conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS influyen en los beneficios, barreras y autoeficacia percibidos para el uso del condón.
3. Los beneficios, barreras y autoeficacia percibidos para el uso del condón influyen en la conducta sexual en MI.
4. La edad del IVSA, la autoestima, la escolaridad, el sexismo y los conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS influyen en la violencia de pareja.
5. La violencia de pareja influye en la conducta sexual en MI.

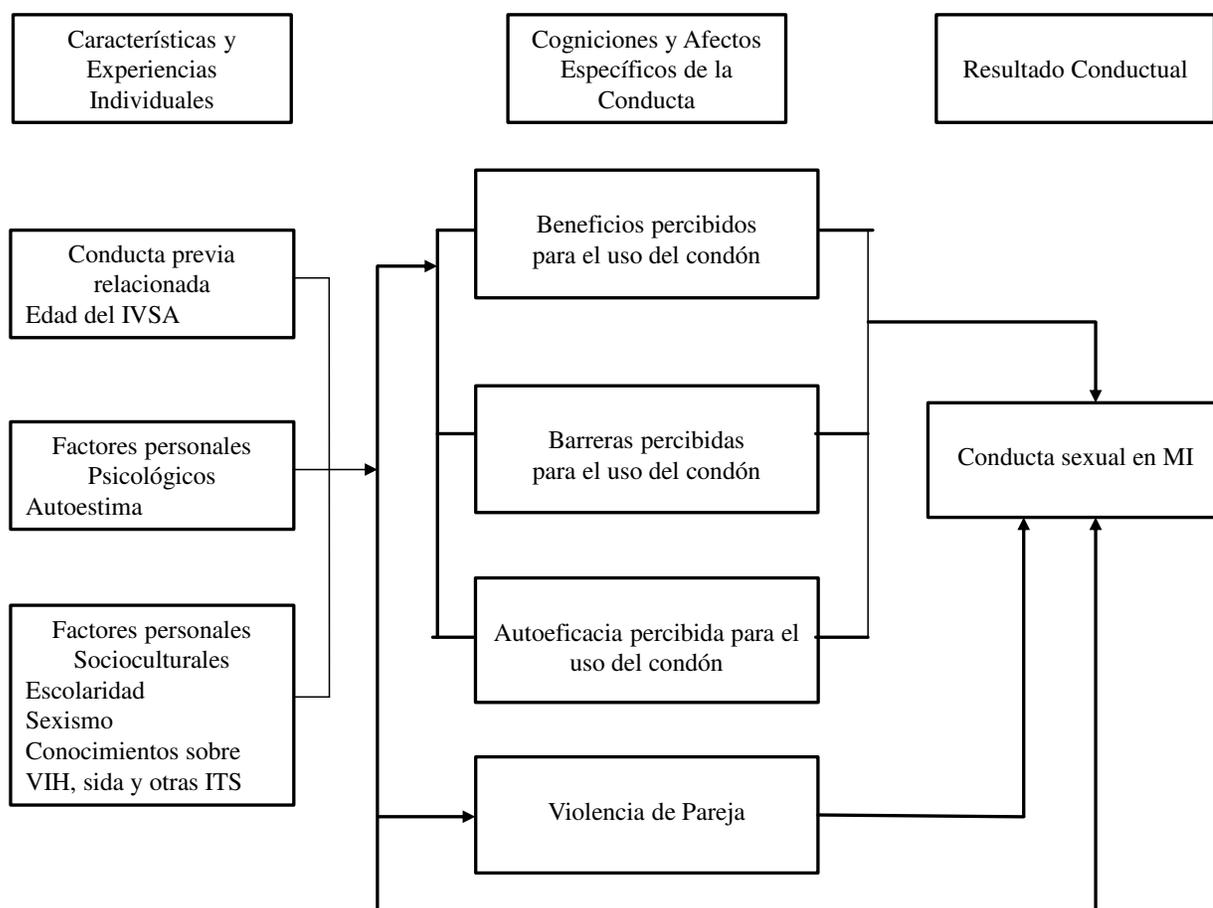


Figura 2. Esquema de relación de conceptos del Modelo de Conducta Sexual en Mujeres Indígenas (M-COSEXMI). En el constructo características y experiencias individuales se consideró la conducta previa relacionada, los factores personales psicológicos y socioculturales. De las cogniciones y afectos específicos de la conducta, los beneficios, barreras y autoeficacia percibidos e influencias interpersonales y del resultado conductual la conducta promotora de la salud.

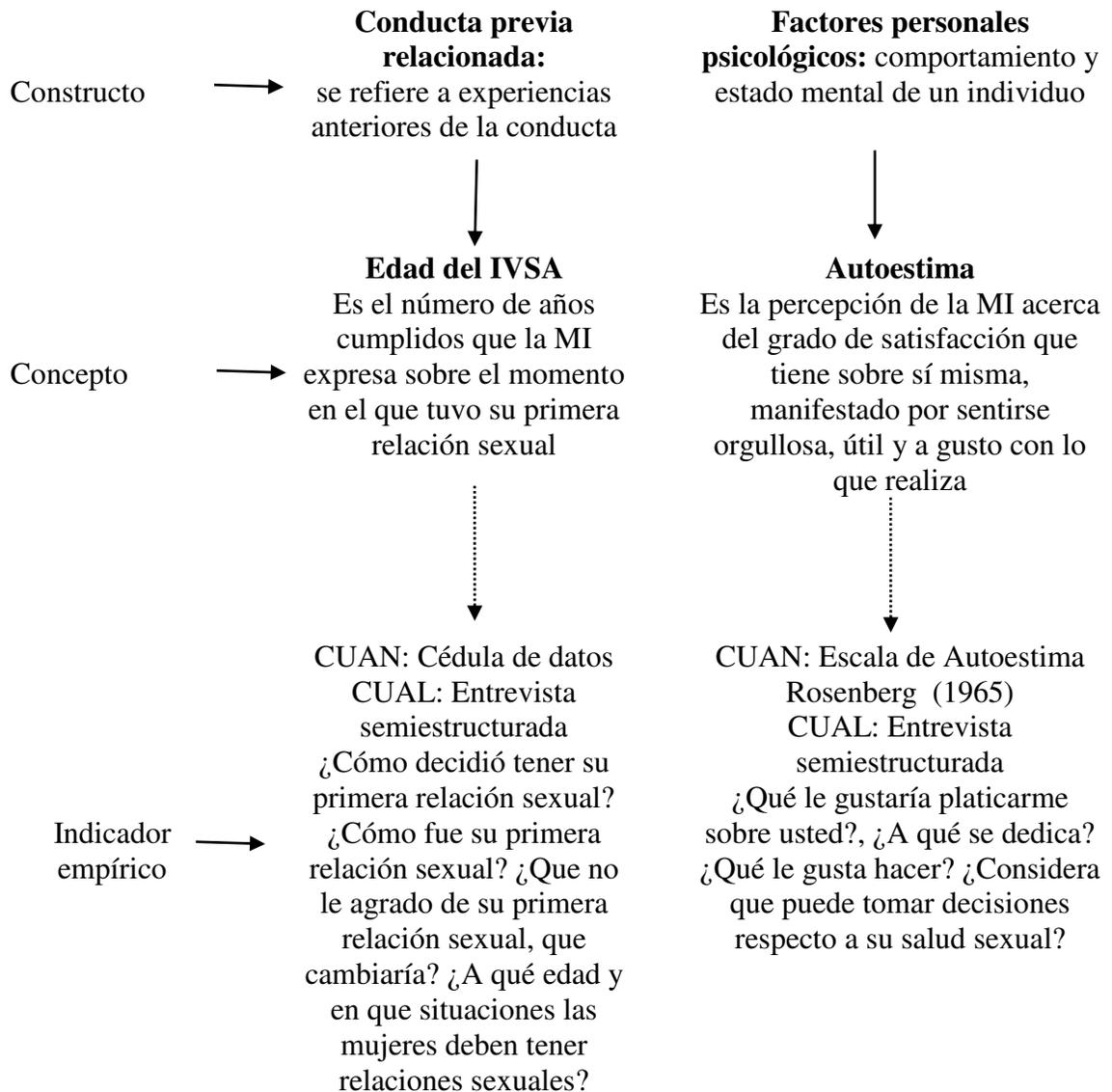


Figura 3. Modelo de subestructuración

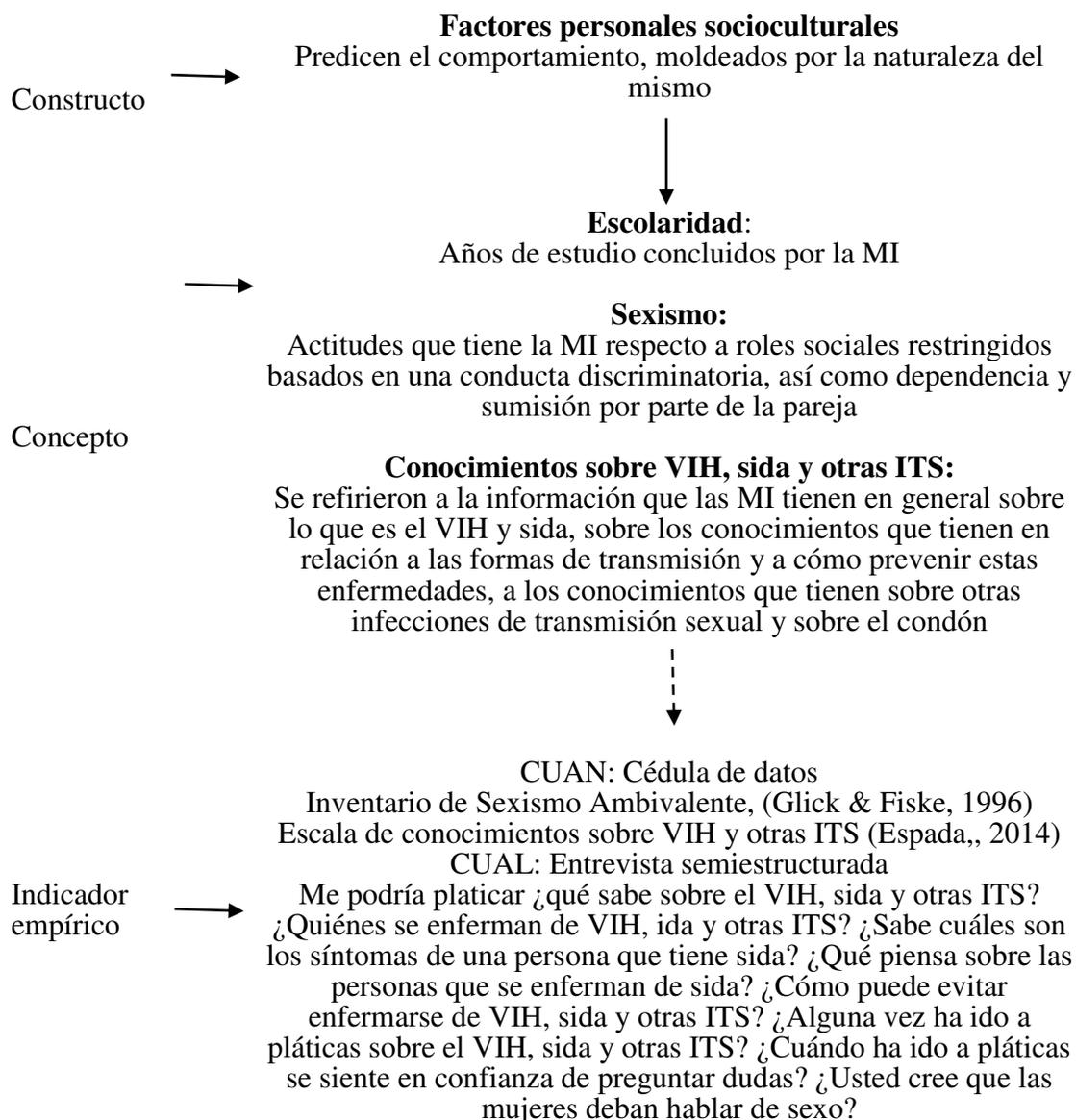


Figura 4. Modelo de subestructuración

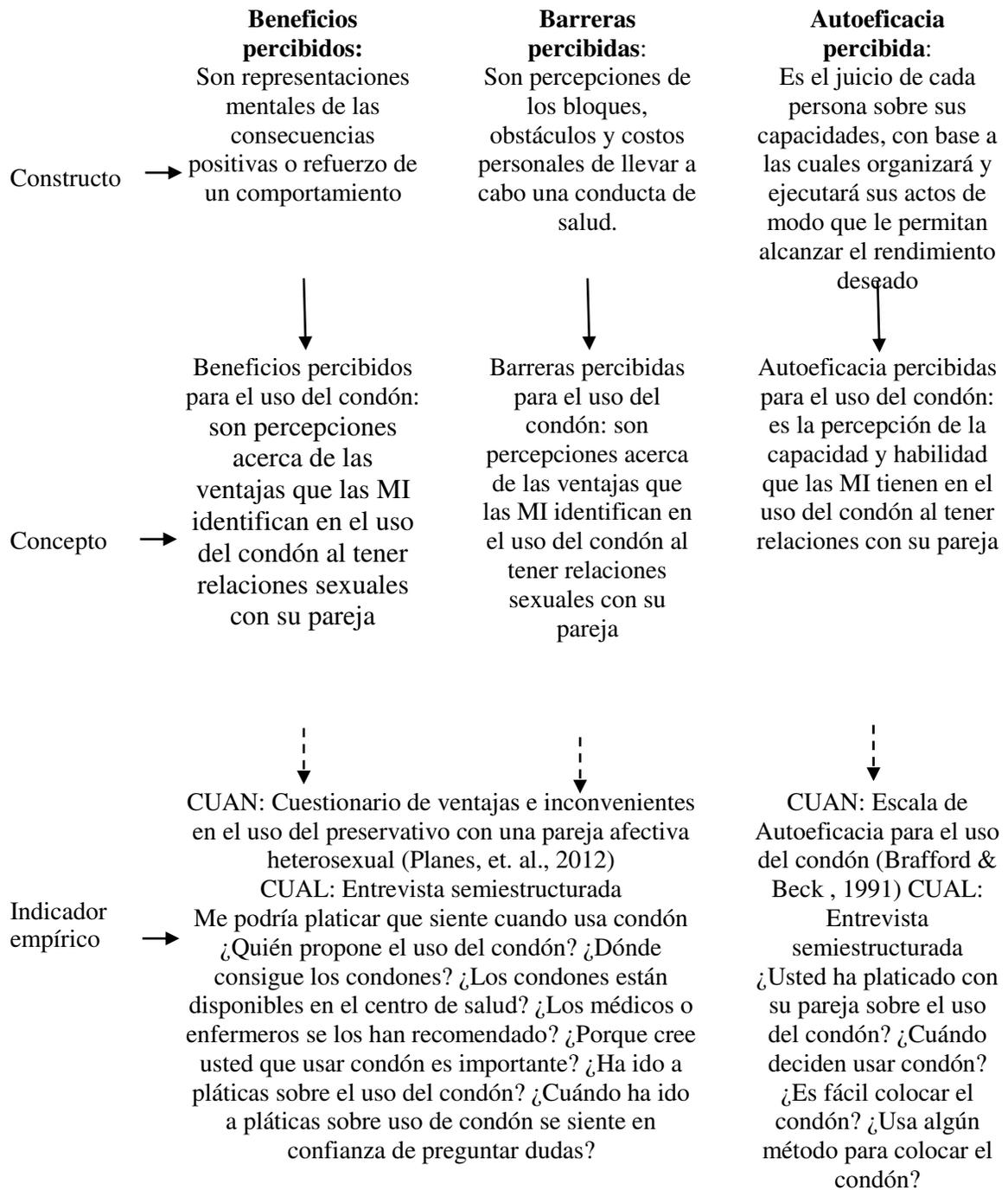


Figura 5. Modelo de subestructuración

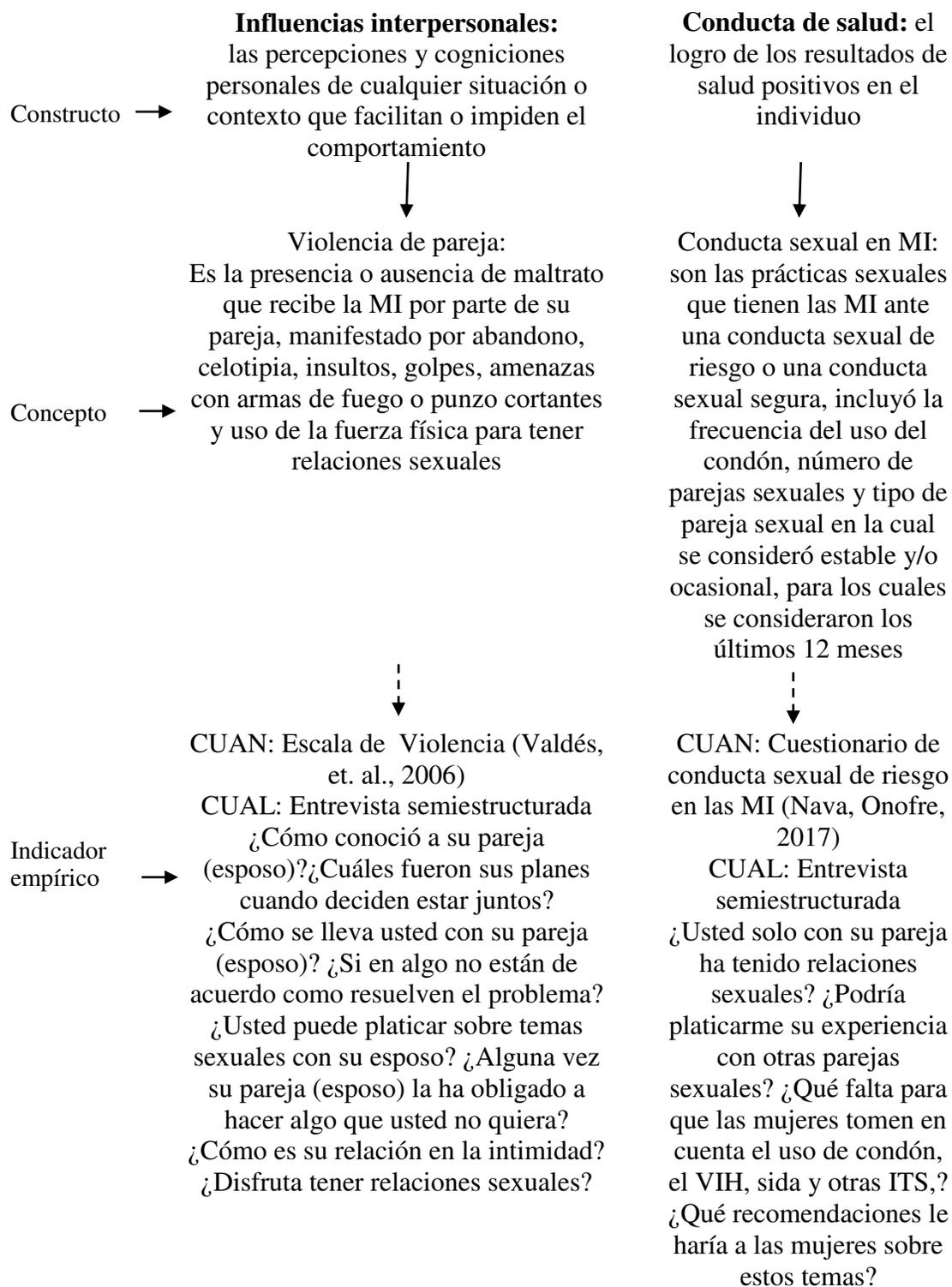


Figura 6. Modelo de subestructuración

Estudios relacionados

A continuación se presenta la evidencia de la literatura, encontrada en diversos países, India, Panamá, Canadá, Vancouver, África, Sudáfrica, Etiopía, Colombia, Guatemala y Honduras. Y algunos realizados en México, como el de Valdez, Híjar, Rojas, Ávila y Arenas (2013); Ramiro et al. (2011); Ponce et al. (2011); Rojas y Castrejón (2011).

Factores biológicos

Edad del IVSA

Stöckl, Kalra, Jacobi y Watts (2013) realizaron una revisión sistemática, para identificar la iniciación de la relación sexual temprana como factor de riesgo de VIH en subsahariana, África. Se encontró que de 26 artículos, 13 presentaron asociación significativa ($p < 0.05$) entre las mujeres que inician a temprana edad la actividad sexual y un mayor riesgo de infección por VIH. En dos estudios se encontró además de la condición anterior agregó que se exponen al riesgo de VIH durante más tiempo por ser sexualmente activos ($OR = 1.60, p < 0.01$; $OR = 1.30, IC [1.13, 1.50], p < 0.05$). Otros estudios (cuatro) encontraron asociaciones significativas entre el inicio de la vida sexual con el número de socios de toda la vida ($OR = 1.96, IC [1.53, 2.51], p < 0.01$; $OR = 1.56, IC [1.12, 2.16], p < 0.01$) y la falta de uso del condón ($OR = 2.60, IC [1.30, 5.17], p < 0.01$; $OR = 3.86, IC [1.33, 11.21], p < 0.05$) como parte del comportamiento de riesgo sexual de las mujeres para VIH.

Wand y Ramjee (2012) en un estudio prospectivo, investigaron el impacto de la iniciación sexual temprana en las tasas de seroprevalencia e incidencia del VIH en 3,492 mujeres de Durban, Sudáfrica. Se encontró una asociación significativa entre la edad de la primera relación sexual y las conductas sexuales de riesgo ($p < 0.001$); así mismo, se

encontró asociación entre mujeres que tienen menos educación y la edad de la primera relación sexual ($p < 0.001$). En las mujeres de edad más temprana (< 15 años) se presentó la primera relación sexual y tenían menos probabilidades de haber completado la escuela secundaria (86%, $p < 0.001$).

En relación con el número de parejas sexuales durante su vida, los primeros iniciadores fueron significativamente más propensos a haber tenido múltiples parejas durante su vida (cuatro parejas sexuales, $p < 0.001$). Se observó una tasa más alta de seroconversión entre las mujeres que habían reportado haber tenido relaciones sexuales de 15 años o más jóvenes (12.0 por 100 personas-año, IC [8.0 a 18.0]). Se encontró una asociación significativa ($p < 0.001$) entre la proporción de mujeres que dieron positivo para la infección por VIH y otras ITS y las que tenían actividad sexual de aparición temprana.

Mavedzenge et al. (2011) realizaron un estudio de cohorte en 4,948 mujeres de Harare ($n=2,455$), Durban ($n=1,485$) y Johannesburgo ($n=1,008$), para explorar los factores asociados a la infección de VIH. Se encontró que los factores asociados con la infección de VIH para las tres áreas son tener más de una pareja sexual los últimos tres meses (Harare $OR = 3.03$ IC [1.23, 7.45], $p = 0.04$); Durban: ($OR = 1.78$ IC [1.11, 2.85], $p = 0.02$); Johannesburgo ($OR = 1.72$ IC [0.92, 3.22], $p = 0.10$), así como el número de parejas a lo largo de la vida (Harare $OR = 1.54$ IC [1.01, 2.33], $p = 0.04$); Durban: ($OR = 1.71$ IC [1.07, 2.75], $p = 0.03$); Johannesburgo ($OR = 1.68$ IC [0.49, 5.72], $p = 0.22$) y el inicio a temprana edad (< 16 años) de la actividad sexual (Harare $OR = 0.58$ IC [0.25, 1.35], $p = 0.17$); Durban ($OR = 1.41$ IC [0.97, 2.05], $p = 0.08$); Johannesburgo ($OR = 2.60$ IC [1.30, 5.17], $p = 0.01$).

En Durban, se observa que el 36.1% de las infecciones por VIH se atribuyeron a la presencia de múltiples parejas lo que incrementaron significativamente riesgo. En Johannesburgo, se estima que el 14.8% de las infecciones por VIH eran atribuible a la

primera relación sexual (<16 años), el cual fue un fuerte predictor de la adquisición del VIH.

Rojas y Castrejón (2011) realizaron una investigación antropológica y sociodemográfica sobre los significados de la sexualidad en la población mexicana, así mismo analizaron los datos de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENASSER), para conocer las características de la iniciación sexual en México, en 19,498 mujeres de 15 a 49 años, de diferentes grupos sociales. Con base en la cohorte de nacimiento se encontró que el 39% fue de 1965 a 1979 (32 a 46 años), de las cuales el 75.8% ($n=11,967$) se encuentra en un estrato socioeconómico bajo y muy bajo. En relación al lugar de residencia el 6% ($n=939$) son mujeres indígenas, el 67.1% inicio su actividad sexual de los 16 años en adelante, viviendo esta experiencia sin plena conciencia o voluntad y bajo la fuerte presión que ejerce sobre ellas el novio y futuro esposo, el cual en el 83.5% es mayor que ellas, en el 81% la primera relación sexual está estrechamente vinculada a la primera unión conyugal, la cual en el 53.9% en unión libre. El 98.4% reporta que no uso algún anticonceptivo, porque el 68.7% reportó que no los conoce.

Evangelista y Kauffer (2009), a través de 73 entrevistas semiestructuradas, realizadas a jóvenes de 15 y 19 años de edad, residentes de tres municipios de Chiapas, identificaron que las condiciones del patrón de iniciación de la vida en pareja, están relacionados con el ámbito de residencia, el nivel escolar y otras variables económicas, identificando un patrón de unión temprana combinado con el inicio de la vida sexual y la reproductiva. Cuatro de cada diez (38.3%) declararon haber iniciado su vida sexual, donde los hombres se inician en promedio a los 16.6 años con una trabajadora sexual. Las mujeres su primera relación fue a los 17.4 en promedio con su pareja conyugal. Los jóvenes con vida sexual activa expresan lamentar su inicio de la sexualidad sin protección: -“*y dime sinceramente, ¿Qué te preocupa más? ¿un embarazo o una*

enfermedad de transmisión sexual?...” “Las dos cosas por igual una porque lo de la enfermedad ya me paso y un embarazo es un compromiso y los hijos necesitan de atención, algo que yo no tuve...” (Soltera de 20 años con vida sexual activa).

En síntesis, los estudios señalan que la edad es un importante predictor de la conducta sexual, se ha encontrado relación con la infección por VIH y encontrarse ante un periodo de exposición de riesgo mayor por ser sexualmente activos y por el número de parejas sexuales. Las MI inician su vida sexual a temprana edad, sin plena conciencia o voluntad.

Factores psicológicos

Autoestima

Morales, Alonso y López (2011), a través de un estudio descriptivo, correlacional y transversal, investigaron la relación de la autoestima con la violencia de género, en 120 mujeres de 18 a 60 años de edad. Se encontró que el 34% de las mujeres tienen entre 18 a 32 años, el 38% tiene como escolaridad máxima la secundaria y el 83% son amas de casa. 60.2% presentaron alta autoestima y el resto baja autoestima, de las cuales el 49% desearía tener más respeto para ella misma y 52% creen que no sirven para nada. En relación a la violencia de género en el último año, 42% la presentaron. De estas variables del estudio se encontró relación negativa y estadísticamente significativa ($r_s = -1.85, p = .043$), lo que reporta que ante la presencia de violencia de género la autoestima disminuye.

Román y Moreno (2010) realizaron un estudio correlacional para explorar el autoestima y auto-concepto de 170 personas de dos etnias indígenas (los Térrabas [$n=72$] y los Borucas [$n=98$]) de Costa Rica, cuyas edades oscilaron entre los 12 y 28 años. Se encontró que ambos grupos presentan altos niveles de autoestima (están muy cerca del 4, el puntaje máximo esperado), Borucas ($M = 3.18, DE = 0.37$) y Térrabas ($Media = 3.20, DE = 0.42$). Sin embargo, al revisar la interacción de la autoestima por

género se encontró que en las mujeres (47.6%), fue bajo (*Media*= 3.12 Borucas y *Media*= 3.19 Térrabas) a comparación con los hombres (*Media*= 3.22 Borucas y *M*= 3.21 Térrabas). Asociado con la edad, se encontró que a mayor edad de las mujeres presentan mayor autoestima: Borucas (12 a 18 años, *Media*= 3.17; 19 a 28 años *Media*= 3.23) Térrabas (12 a 18 años, *Media*= 3.19; 19 a 28 años *Media*= 3.24). En relación al auto-concepto se reportó una correlación significativa ($p=0.01$) de las personas jóvenes de ambas comunidades ($r=0.49$, $r=0.48$), entre mayor autoestima puntuaban tendían a identificar más aspectos descriptivos positivos en sí mismos.

Acosta (2006), a través de la observación in situ y la consulta mediante entrevista oral en conversaciones informales a 208 indígenas de cultura y lengua chatinas que viven en Zenzontepec de la Sierra Sur de Oaxaca, se realizó un acercamiento sobre las causas y efectos de la autoestima defectuosa, que influye negativamente en los programas sociales para el desarrollo integral de la zona. Se encontró que medir la autoestima de los indígenas resulta difícil debido a su bajo nivel cultural, personalidad, lengua y analfabetismo (por lo que se desecha la aplicación de un encuesta), con base en el uso de la conversación informal (observación in situ) se identifica que la autoestima del indígena es muy baja (sujetos mayores de 15 años, promedio de autoestima 42.8).

Las principales causas de la baja autoestima son: la falta de empleo, inseguridad económica, falta de expectativas futuras, precarias condiciones de vida en el hogar y la comunidad, la pobre alimentación, la violencia (la cual entre otras situaciones se presenta por el machismo y los tabúes acerca del sexo, lo que crea incertidumbre y celos), la falta de educación y cultura, el alcoholismo y el aislamiento del individuo y la comunidad. La autoestima es causa y efecto de la actitud y conducta del individuo y los grupos étnicos y sociales, lo que incide negativamente en su incorporación y participación en la educación y los programas sociales (de salud).

Vargas et al. (2006) a través de un meta-análisis sobre la relación de la autoestima con el inicio de la actividad sexual en la adolescencia (que incluyó el grupo étnico), define el índice del tamaño del efecto entre el grupo de adolescentes activos o que inician actividad sexual antes de los 16 años (grupo de alto riesgo), y adolescentes no activos o que inicia más tarde (grupo de bajo riesgo). De los 38 estudios, se presentan datos de 68,703 adolescentes menores de 18 años ($M=14.79$, $DE=1.52$) de seis países, del cual, el 35.8% ($n=24.619$) corresponde al grupo de alto riesgo; se encontró que los adolescentes latinos y negros (grupo étnico) que tiene actividad sexual o se inician más temprano tienden a presentar autoestima baja que aquellos que nos son activos sexualmente ($K=11$; $d=0.0613$; $IC=-0.009-0.1316$; $p < 0.05$).

En síntesis medir la autoestima en las personas indígenas resulta difícil debido a su bajo nivel cultural, personalidad, lengua y analfabetismo. Las mujeres presentan autoestima baja en comparación a los hombres, en relación a la edad, entre mayor sea las mujeres presentan mayor autoestima. Así mismo, se encuentra relacionada con el género y la edad, Se encontró que la autoestima baja se debe a múltiples factores entre ellos la presencia de violencia, del machismo y tabúes acerca del sexo; además presentan autoestima baja quienes generalmente se inician más temprano en la actividad sexual. La autoestima es causa y efecto de la actitud del individuo, por lo que incide negativamente en su incorporación y participación en programas de apoyo

Factores socioculturales

Escolaridad

Jasso y Rosas (2014) a través de una investigación de corte cualitativo, realizaron un análisis acerca de la relación entre la educación y las relaciones de género que subordinan a las mujeres indígenas en Michoacán. Reportan que de 6, 011, 202 hablantes de lengua indígena en México, el 23% se encuentra sin escolaridad, el 33% primaria incompleta, 17% primaria concluida, solo el 4.4% estudiaron preparatoria y el

2.2% tuvo algún estudio profesional. Se hace referencia que las ideas, valores y prácticas provenientes de este proceso en ocasiones son percibidos (como negativas) como amenaza a las tradiciones. Se encontró que las mujeres indígenas (estudiantes) se inician sexualmente (al experimentar mayor libertad) sin educación sexual adecuada, por lo que se encuentran en total desconocimiento sobre métodos anticonceptivos y prevención de enfermedades sexuales.

Por otro lado, la educación de las mujeres indígenas se enfrenta a diversos obstáculos entre estos los roles de género tradicionales, que les dificultan el acceso a estos espacios como se observa en el siguiente testimonio: *“Yo vengo de una familia de diez personas y yo me acuerdo que yo tenía ganas de ir a la secundaria y mis padres no me dejaron [¿por qué?], pues porque era mujer y porque me iba a casar, para qué vas a la escuela si a los 15 o a los 17 te vas a casar, entonces así se queda uno con lo poquito que aprendió en su casa”* (Mujer purépecha).

Schmelkes (2013) a través del análisis sobre la educación de los pueblos indígenas, reporta que dos de cada tres niños entre los 6 y 14 años de edad que no están en la escuela, son indígenas. El 28% de los indígenas que hablan una lengua de 15 años o más no concluyó su educación primaria. El sistema educativo actual tiende a seguir manteniéndolos en los niveles más bajos de desarrollo educativo y de aprendizaje. En general el 89.7% se encuentran por debajo de la línea de pobreza, habitan en municipios de alta y muy alta marginación y con índices bajos de desarrollo humano que se ubica en 0.7057, a diferencia del IDH de la población no indígena 0.8304, con una brecha de 15%. Con condiciones de salud, educación, ingresos y empleo insuficientes para una vida digna.

Rodríguez y Mino (2012), realizaron un estudio cualitativo para conocer el estado de las prácticas de género y sexualidad de las y los jóvenes de la comunidad indígena purépecha de San Francisco Pichátaro. Realizaron entrevistas a cuatro

informantes clave. Se encontró que los principales problemas son embarazos no planeados a edades tempranas, debido a un vacío en la información científica sobre sexualidad. Otro punto registrado es la violencia al interior de la pareja y contra las mujeres, donde los hombres presentan conductas machistas donde obligan a las mujeres a tener relaciones sexuales sin protección, y en muchas ocasiones cuando los hombres están alcoholizados, se puede decir que son prácticamente violadas.

Se encontró limitado el acceso a información científica para prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual, la sexualidad es vista como un tabú. No hay espacios para expresar sus inquietudes sobre los temas de sexualidad, incluso no existe un programa que incorpore el tema de sexualidad en la currícula o alguna estrategia que permita brindar la información a los estudiantes. Finalmente se encontró que no se cuenta con una estrategia articulada e institucionalizada para brindar información acerca de salud sexual.

Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (2011), se encontró que el 21.9% de las mujeres indígenas con algún nivel de estudios reportaron haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años; el 15.36% con nivel escolar primaria, y secundario/superior (6.6%). Así mismo, se reporta que el 17.1% de las mujeres indígenas que iniciaron relaciones sexuales, su madre no tenía ninguna escolaridad o únicamente alfabetización, el 10.9% la madre tenía nivel primario y el 6.9% secundaria o superior.

En síntesis, la escolaridad es percibida como amenaza a sus tradiciones, las MI estudiantes generalmente se inician sexualmente a temprana edad, al experimentar libertad. Así mismo, los hombres obligan a las MI a tener relaciones sin protección. El rol de género tradicional en las MI y las situaciones socioculturales limitan el acceso a una educación formal y a la toma de decisiones.

Sexismo

Hernández et al. (2012) realizaron un estudio cualitativo de grupos focales con mujeres migrantes mayores de 18 años y con experiencias sexuales los últimos 12 meses. Se encontró que el rango de edad fue de 18 a 41 años ($M= 29$ años; $DE = 5.34$), 75% casadas o viven en unión libre. Describen que los hombres son los que mandan y toman todas las decisiones, influye la tradición cultural. El papel de ellas es ser las cuidadoras de los niños y responsables de las tareas domésticas.

Las mujeres describieron que conversar sobre el sexo es culturalmente inapropiado y es un “tabú”: *“se nos enseñó a ser más sumisas, para no hablar de esto abiertamente con nuestras parejas. Así que son nuestros tabúes culturales, hay un montón de miedo, para poder hablar de estas cosas”* (mujer hispana). En relación al uso del condón, mencionan que los hombres tienen aversión y no lo usan. Los hombres se creen invulnerables al VIH y otras ITS y se niegan a usar condón y contagian a sus parejas.

Cianelli, Ferrer y McElmurry (2008) a través de un estudio de métodos mixtos, obtuvieron la perspectiva de 70 mujeres (50 mujeres para el abordaje cuantitativo y 20 mujeres para entrevistas a profundidad) de 18 a 49 años de edad, de bajos ingresos en una zona urbana en Chile, en relación con el VIH y los factores socioculturales. Se encontró que la media de edad fue de 31 años ($DE = \pm 9.7$), el 42% de las mujeres ha vivido con su cónyuge o pareja, en promedio 3.1 años ($DE = 1.8$).

Como factor sociocultural predominante consideran el sexismo, donde los hombres se creen superiores. El 40% de las mujeres cree que están en riesgo de contraer el VIH debido a la conducta de su pareja: la falta de uso del condón, la infidelidad, el uso de drogas y/o el consumo diario de alcohol que puede dar lugar a comportamientos sexuales de riesgo. Los condones son utilizados por las mujeres cuando tienen relaciones

sexuales fuera de su matrimonio, sólo para evitar embarazos no deseados, no para protegerse de las ITS como el VIH.

En resumen, el sexismo o machismo, es una conducta sociocultural predominante, donde el hombre es el que manda y la mujer debe ser sumisa. Aunque las mujeres se perciban en riesgo de VIH por las conductas sexuales de pareja, no se utiliza el condón.

Conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS

Taylor et al. (2015) realizaron un análisis de la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, a través de un modelo de regresión logística, en 16,205 mujeres de 15-49 años de edad por grupo étnico de Guatemala, con el propósito de examinar los efectos de la etnicidad con el comportamiento sexual de riesgo (edad de la primera relación sexual y número de parejas sexuales) y el conocimiento de VIH. Se encontró que el 49.2% ($n=8,117$) son mujeres indígenas de las cuales iniciaron actividad sexual a edad temprana. El 85.3% de las mujeres indígenas carece de conocimientos sobre VIH con diferencias significativas al resto de la población ($OR=0.61$, IC [0.53, 0.71]; $OR=0.63$, IC [0.51, 0.79]), así mismo, el 3% de las MI, presentan más de una pareja sexual toda su vida ($OR=1.87$, IC [1.30, 2.71]) a diferencia del resto de los grupos con tres o más parejas ($OR=1.65$, IC [1.06, 2.58]).

Calvillo y Rodríguez (2014), a través de una investigación descriptiva de corte transversal en 178 estudiantes de una comunidad rural indígena de Guatemala, identificaron los conocimientos y comportamientos sobre salud sexual. Se encontró que el 56.2 % pertenece al sexo masculino y 44% son mujeres, el 54% se encontraban entre 14 a 15 años.

En relación a los conceptos de sexualidad y relaciones sexuales el 69% tiene un enfoque incorrecto sobre estos temas. Se encontró una situación desfavorable en la identificación de las ITS, el 87 % las señaló de forma incorrecta. El 61% no relacionó la

posibilidad de contraer una ITS en la relación sexual con penetración sin protección, el 25.2% ya ha iniciado relaciones sexuales y solo el 16% señaló que se protegió. Estos hallazgos muestran una falta de conocimientos con respecto a cuestiones básicas de la salud sexual, en ello pueden influir costumbres, tabúes y tradiciones de origen étnico o religioso, además la población residente en la comunidad, de forma general, posee un nivel educacional muy bajo, lo que contribuye negativamente en la información que los padres pueden brindar a los hijos en aspectos relativos a la sexualidad. Los resultados encontrados ratifican la situación desfavorable que presenta la población indígena de Guatemala en el área de la sexualidad.

Zambrano, Castro, Lozano, Gómez y Rojas (2013), realizaron un estudio transversal, descriptivo en 43 personas mayores de 15 años del resguardo indígena Bernardino Panchí al suroeste de Antioquia, para identificar y medir conocimientos sobre el riesgo para VIH e ITS. Se encontró que el 63% de los participantes son mujeres (48.1% entre 25 y 49 años) y 37% hombres (50%, entre 25 y 49 años), los cuales de acuerdo a estado civil, el 53% están en unión libre, con nivel educativo básico de primaria. En relación a los conocimientos el 39.5% de las personas no han escuchado hablar del VIH, sida. El 58.1% ha sido por medios masivos de comunicación. El 53% refiere que el VIH se transmite por relaciones sexuales sin condón. El 62.8% que el VIH se puede transmitir mediante el uso de objetos punzantes contagiados.

Se refleja desconocimiento sobre la transmisión del VIH e ITS al encontrarse que el 41.9% refiere que se debe a la picadura de un zancudo, el 34.9% por usar baños públicos, 25.6% por compartir comida con alguien que este infectado, 30.2% por besar a una persona infectada y el 14% por abrazarla o darle la mano. El 74,4% nunca han participado en actividades informativas acerca del VIH; situación que marca la diferencia al momento de responder sobre sus conocimientos, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en relación a las personas que no han

participado en actividades informativas de las que sí han tenido algún acercamiento, manifiestan en mayor número que no saben la respuesta correcta. Existe un amplio desconocimiento de las formas de transmisión del VIH y otras ITS, situación supone un factor de riesgo importante para la infección de VIH, por lo que se asume que los conocimientos frente a cualquier tema estarían incidiendo sobre las conductas asociadas.

Pavía, Góngora, Vera y Moguel (2012), a través de un estudio descriptivo, realizaron 552 entrevistas a padres y madres de 276 familias de comunidades rurales pertenecientes a la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de Yucatán, México, para determinar los conocimientos, actitudes y percepción de riesgo del VIH/sida. Se encontró que el 55% está representado por las mujeres (mediana de edad 35 años), las cuales el 24.5% son analfabetas y su fuente principal de información sobre el sida en el 47% fue el radio. Con base en el comportamiento sexual, el promedio de edad de la primera relación sexual fue a los 17.8; el 91.3% refirieron tener una pareja estable al momento de la entrevista, con un promedio de 1.14 parejas sexuales. Dos mujeres (0.7%) refirieron antecedente de alguna infección de transmisión sexual sin poder especificar; 50% de las mujeres reportaron haber utilizado el condón, de las cuales 94% lo utilizó como anticonceptivo y sólo dos (3%) para prevenir el sida

De acuerdo a los conocimientos sobre sida, el 38% de las mujeres saben el significado de esta palabra, en relación a los mecanismos de transmisión refirieron que es por vía sexual (86%), perinatal (80%) y sanguínea (78%), así mismo por picadura de insectos (40%) y por la convivencia de alguien infectado (18%). El 75.7% indicaron que no se consideran en riesgo de VIH, sida, porque no tienen relaciones sexuales con desconocidos (51%) y por no tener diferentes parejas sexuales (44%).

Ramiro et al. (2011), realizaron un análisis comparativo, en 300 adolescentes, indígenas y mestizos en edades comprendidas entre los 14 y 19 años de la región norte del estado de Jalisco, México. A partir de una serie de variables de riesgo para el VIH,

como la conducta preventiva ante la enfermedad (locus de control: interno y externo), actitudes hacia el uso del condón y conocimientos sobre transmisión y prevención del VIH. Se encontró que el 35.6% de los adolescentes son de origen indígena wixaritari de los cuales el 37.40% son mujeres (media edad=16.38; DT=1.31) y el 64.4% mestizos, con el 59.40% de mujeres (media edad=16.24; DT=1.13).

De la cuales existen diferencias significativas en la variable locus de control interno y externo ($U=1.004,5$; $p=0,000$), ($U=1.577,5$; $p=0,020$) las mujeres del grupo étnico wixárika ($M=10.42$; $DT=3.62$) presentan menores puntuaciones que las mestizas ($M=11.82$; $DT=2.90$). En función a las actitudes positivas para el uso de condón las mujeres wixaritari presentan menores puntuaciones ($M=15.03$; $DT=4.63$) que las mujeres Mestizas ($M=18.03$; $DT=2.41$). En relación a la prevención y transmisión de las ITS y el VIH, se encontraron diferencias significativas ($U=1.334$; $p=0,003$) entre las mujeres mestizas ($M=8.15$; $DT=2.66$) las cuales presentaron más conocimiento que las mujeres wixaritari ($M=6.56$; $DT=3.69$). Las mujeres adolescentes indígenas wixaritari muestran una mayor exposición a factores de riesgo relacionados con la transmisión del VIH, debido a que presentan menores conocimientos sobre las formas de transmisión y prevención del VIH, actitudes negativas hacia el uso del condón, así mismo, el locus de control externo representa la presencia de creencias sobre las causas del VIH relacionadas con el destino y la suerte.

Ponce et al. (2011) realizaron un estudio cualitativo de la percepción de la población indígena sobre VIH-Sida en el estado de Sonora. Se encontró que el tema ha tocado de manera superficial en programas que incluyen infecciones de transmisión sexual. La población más expuesta han sido las mujeres que acuden a los centros de salud. El grueso de la población más afectada por la epidemia, los hombres adultos, los cuales no han sido objeto de campañas de prevención sistemáticas. Un testimonio refiere: *“las formas de transmisión del VIH y las prácticas de riesgo considera que*

“[los que están en riesgo] son los hombres, es que los hombres son libres y ahí andan metiéndose con las mujeres esas de la calle”. “Mucha gente no sabe, que es por meterse con mujeres de la calle, porque aunque la esposa esté sólo en su casa y no se meta con otros hombres, si el hombre de ahí la agarra y se le pega a la esposa” (mujer yaqui de 37 años, se define como “ama de casa y jornalera”). En ningún momento mencionó la posibilidad del sexo protegido ni entre “hombres y mujeres de la calle” ni entre los hombres y sus esposas.

Los conocimientos de las MI sobre el VIH, sida y otras ITS, están orientadas en relación a sus costumbres, tabúes y tradiciones de origen étnico o religioso, aunado al nivel de educación. Las MI no conciben la posibilidad de contraer una ITS en la relación sexual sin protección.

Beneficios percibidos para el uso del condón

Cecil, Pinkerton y Borgart (2016) examinaron los beneficios percibidos y barreras asociados con las intenciones de usar condón femenino en 143 afroamericanos de Milwaukee ($n=77$ hombres, $n=66$ mujeres), de 18 y 35 años. Se encontró que la media de edad es de 28.76 ($DE=5.29$), con escolaridad media de 11.9 años ($DE=2.93$). En relación al uso del condón, se encontraron diferencias significativas, entre las mujeres y hombres, en relación a objeciones religiosa o morales ($M= 4.2$ vs 3.5 , $t (3.13)$, $p <0.01$), a los hombres (pareja estable) no les gusta el uso del condón femenino ($M= 1.6$ vs 2.1 , $t (2.42)$, $p <0.01$) y a los hombres (pareja estable) no les gusta insistir por el uso del condón ya que puede sugerir la presencia de VIH, sida por parte de la pareja ($M= 1.6$ vs 2.3 , $t (3.39)$, $p <0.01$). En las mujeres el uso del condón con su pareja estable u ocasional se encontró relación significativa ($R^2 0.22$; $p <0.001$) con la eficacia anticonceptiva del condón femenino, así mismo, la creencia de aumentar la disposición de su pareja ocasional a tener relaciones sexuales con el uso del condón femenino en lugar del masculino ($R^2 0.25$; $p <0.001$).

Chavoshi, Moniruzzaman, Schechter y Spittal (2013), realizaron un estudio prospectivo de cohortes para explorar los factores de riesgo de uso inconsistente del preservativo de 456 jóvenes indígenas de Vancouver y Prince George que consumen drogas. Se encontró que los jóvenes de Prince George son más jóvenes (edad media = 23 años vs 24 años; $p = 0.021$). Así mismo, los factores de riesgo significativos asociados con el uso inconsistente del condón en las mujeres se debe a no estar sola ($OR = 3.84$, $IC [2.85, 5.18]$), a la presencia de una ITS en los últimos seis meses ($OR = 1.76$, $IC [1.12, 2.79]$), haber experimentado abuso sexual en los últimos seis meses ($OR = 1.76$, $IC [1.12, 2.79]$) y fumar crack ($OR = 1.63$, $IC [1.02, 2.61]$).

Entre los participantes que utilizan drogas inyectables, el uso del condón se asoció con el intercambio de agujas ($OR = 1.78$, $IC [1.26, 2.51]$). La disponibilidad y eficacia de los servicios de salud sexual deben ser priorizados para los pueblos indígenas, y el diseño de los programas de salud sexual culturalmente seguros requiere la participación significativa de los jóvenes indígenas.

Barreras percibidas para el uso del condón

Bonacquisti y Geller (2012) a través de un estudio transversal en 90 mujeres de 18 a 45 años de Philadelphia, que se encuentran en situación de riesgo para el VIH, se examinaron las posibles intenciones relacionados con el uso del condón. La edad media presentada fue de 28.45 años ($DE=6.94$), en relación al número de parejas sexuales en el último año, presentaron una media de 2.28 ($DE=2.92$). El 26% ($n=24$) de los participantes informaron querer usar condón cada vez que tuvieron relaciones sexuales, sin embargo solo el 12% ($n=11$) en realidad lo hizo; indicaron que las conductas en las que participan para reducir el riesgo de exposición al VIH son el 36% ($n=32$) informó el uso consistente del condón con todas las parejas sexuales, el 57% ($n= 51$) evita tener de manera simultánea múltiples parejas sexuales y el 62% ($n= 56$) refieren encontrarse en una relación monogámica, la cual también se presentó como motivo del porque no usan

condón en el 41% ($n= 37$). En relación a las razones para el uso inconsistente del condón, el 58% ($n= 52$) indican una diferencia para el uso del condón si la decisión es de ellas o ellos, de los cuales el 62% ($n= 32$) informaron que usarían con menos frecuencia el condón.

Ruiz, Giménez y Ballester (2006), revisaron sobre las ventajas e inconvenientes que atribuyen los jóvenes universitarios a la utilización del preservativo en sus relaciones sexuales y si existen diferencias en función del género. Se encontró que el 77.5% son mujeres ($n=93$) y 22.5% hombres ($n=27$), En función a las diferencias en función del género, se encontró que las diferencias entre mujeres ($M=2.50$; $DT=0.68$) y hombres ($M=2.69$; $DT=0.54$) no resulta significativa estadísticamente ($t=1.27$; $p\leq 0.203$).

El número de inconvenientes para el uso del condón tiene una media de 1.7 ($DT=1.52$), con medias similares en el caso de los hombres ($M=1.88$; $DT=1.50$) y de las mujeres ($M=1.63$; $DT=1.53$), no mostrándose diferencias significativas entre ambos grupos ($t=0.739$; $p \leq 0.461$). Se encontró que las dificultades más frecuentes para el uso del condón son: 45.4% pérdida de sensibilidad, 30.3% corta el “rollo”, 25.2% la posibilidad de rotura al usarlo, entre otros.

Los beneficios para el uso del condón presentó una media de 3.75 ($DT=1.44$) con una media superior en el caso de los hombres ($M=4.00$; $DT=1.60$) a la de las mujeres ($M=3.68$; $DT=1.40$), no mostrándose diferencias significativas entre ambos grupos ($t=0.969$; $p < 0.334$). Se encontró que los beneficios más frecuentes son: 96,6% en la efectividad de prevención para riesgos como el sida y otras ITS, 80.7% embarazos no deseados, 48.7% facilidad de su obtención, 47.9% no tener efectos secundarios.

En síntesis, en relación al uso del condón en las mujeres reportadas en estos estudios se observa que algunas barreras (uso inconsistente) son el encontrarse en una relación (monogamia, pareja estable), la presencia de infecciones de transmisión sexual y el drogarse. De acuerdo a los beneficios para el uso del condón por parte de la mujer

son en relación a comprobar la efectividad anticonceptiva del condón femenino, probar con su pareja ocasional al tener relaciones sexuales el uso del condón femenino en lugar del masculino.

Autoeficacia percibidas para el uso del condón

Villegas et al. (2014), a través de un estudio correlacional de corte transversal, analizaron la relación existente entre nivel de conocimientos sobre el VIH/sida y la autoeficacia en 496 mujeres entre 18 y 49 años, de dos comunidades del área sur oriente de Santiago, Chile, que se encuentran en desventaja social (bajos recursos y bajo nivel educacional). Se encontró que las mujeres tienen un promedio de edad de 32.3 años \pm 9.1 años, el 52.9%, son amas de casa y el 72.2% vive con su pareja. Reflejan un nivel medio de conocimientos sobre VIH (promedio fue de 8.9 \pm 2.5 [rango de 1 a 15 puntos]), sin embargo, en las preguntas que miden la autoeficacia para el uso del condón se encontró que presentaron el porcentaje más bajo de respuestas correctas, como se debe dejar un espacio en la punta del condón al utilizarlo (47.7%), la utilización de la loción de manos como lubricante para condones (37.9%), o vaselina y otros aceites (29.2%), la eficacia del preservativo de látex para la prevención del VIH (27.7%) y la creencia de que los condones causan dolor o menos placer a los hombres (24.4%).

Reid y Aiken (2010) se plantearon como propósito de investigación la selección de predictores para el uso del condón en una población de mujeres jóvenes con múltiples parejas sexuales, a partir de la evaluación de cinco modelos psicosociales. Se reportan dos muestras 193 y 161 mujeres, con medias de edad de 18.6 ($DE=1.00$) y 19.1 ($DE=1.40$) años, ambas muestras presentaron un promedio de cinco parejas sexuales en la actualidad y reportan el 55% y 58% no haber utilizado condón en el encuentro sexual reciente. Para las construcciones de los modelos y el uso del condón se encontró que la autoeficacia predice significativamente (R^2 0.91; $p < 0.005$) el uso del condón para las mujeres con parejas ocasionales.

Sayles et al. (2006) realizaron un estudio en 7,409 jóvenes de 18 a 24 años de África del Sur, para indagar los factores asociados con la autoeficacia para el uso del condón y negociación sexual. Se encontró que 3,890 fueron mujeres, de las cuales de acuerdo a los grupos de edad reportados de las de 15 a 19 el 42% presento baja autoeficacia y el 44.7% alta autoeficacia. En el caso de las mujeres de 20 a 24 años, el 58% presento baja autoeficacia y el 55.3% alta autoeficacia. 65.5% de las mujeres con autoeficacia, reportó el uso del condón en su último encuentro sexual ($OR = 2.37$, $IC [1.43 \text{ a } 3.91]$, $p = 0.05$). De acuerdo a los factores asociados con la autoeficacia para el uso del condón se encontró que el tener conocimiento de cómo evitar la infección por VIH ($OR = 3.96$, $IC [2.13 \text{ a } 7.35]$, $p = 0.05$). Las mujeres que objetivos de vida ($OR = 1.50$, $IC [1.26 \text{ a } 1.79]$, $p = 0.05$). Los factores asociados significativamente con baja autoeficacia fueron, donde las mujeres reportaron que no incluyeron el uso de preservativos la primera vez que tuvieron relaciones sexuales ($OR = 0.61$, $IC [0.50 \text{ a } 0.76]$, $p = 0.05$), un historial de tener relaciones sexuales cuando no quería ($OR = 0.66$, $IC [0.51 \text{ a } 0.86]$, $p = 0.05$).

En síntesis, la autoeficacia es un predictor para el uso del condón, para las mujeres con parejas ocasionales. Se encontró que las mujeres manejan un nivel medio de conocimientos, sin embargo presentan baja eficacia del condón, encontrándose que dejan un espacio en la punta del condón al utilizarlo, utilizan lociones, aceites o cremas como lubricante para condones y tienen la creencia de que los condones causan dolor o menos placer a los hombres.

Influencias interpersonales

Violencia de pareja

Valdez et al. (2013), a través de un estudio transversal, identificaron la prevalencia y gravedad de la violencia de la pareja íntima en 3,287 mujeres de ocho regiones indígenas de México. Se encontró el 25.5% de prevalencia de

violencia por parte del compañero íntimo (*IC* [24.93, 25.26]), se encontró asociado con factores por parte de la mujer como historia personal de abuso infantil (*OR* 3.48; *IC* [2.48, 4.89]) y de trabajo fuera del hogar (*OR* 1.74; *IC* [1.22, 2.49]). Las variables asociadas masculinas fueron por desempleo (*OR* 2.31; *IC* [1.34, 3.97]) y una alta frecuencia de consumo de alcohol (*OR* 13.35; *IC* [7.02, 25.37]).

Romero (2012) realizó un estudio cualitativo, con 15 parteras de Querétaro con el objetivo de contribuir a la reflexión sobre el papel que juegan las parteras entre las mujeres de la población rural para promover su empoderamiento sobre lo que respecta a la salud reproductiva. Se encontró que las parteras identifican con mayor facilidad a las mujeres indígenas maltratadas por hombres dentro de su círculo familiar; respecto a la violencia económica las parteras manifiestan que se presenta cuando el marido no contribuye con el gasto de la casa, no valora el trabajo doméstico de la mujer, cuando gasta el dinero en vicios, o no lo gasta en atender la salud de la mujer. Violencia psico-emocional antes de las agresiones físicas, los insultos, los gritos y los comentarios despectivos, los esposos esclavizan sus esposas. Violencia sexual, el hombre tiene derecho a maltratar a su mujer cuando ésta no cumple con sus obligaciones. La principal causa de agresión física y emocional es por el abuso sexual: “¿Y luego porque les pegan? -Pues para tener sexo.”

Ulloa et al. (2010), a través de un estudio etnográfico sobre la caracterización de la violencia en las mujeres indígenas en tres comunidades (San Juan Chamula, Chenalhó y Oxchuc) de Chiapas. Se encontró que el 3.4% sufre de violencia sexual, en relación a la vida en pareja, los hombres en alianza con su familia buscan a la mujer “ideal”, que sea obediente y no sea callejera. Alguien a quien poder dominar, para pedir a una mujer, ésta debe ser considerada “buena”. Lo que está en observación es la sexualidad y decencia de la mujer. Las prácticas violentas que sufren las mujeres en las comunidades indígenas se arraigan en sus tradiciones: la venta de la novia, la poligamia, la poliginia,

la excesiva violencia física y sexual. Se reportó que Chiapas ocupa el séptimo lugar a nivel nacional de mujeres muertas de manera violenta, el 24.1% de las mujeres del estado ha vivido situaciones de discriminación, hostigamiento, acoso y abuso sexual. El 12.6% reporta que la pareja o esposo le ha exigido tener relaciones sexuales aun cuando ella no quiere; 2.2% ha sido obligada a hacer actos sexuales con los que no está de acuerdo; y 3.8% ha sido sometida físicamente por la pareja a fin de obligarla a sostener relaciones sexuales.

Puri et al. (2012) en un estudio transversal de cuatro distritos de los principales grupos étnicos de Nepal, se entrevistó a 1,296 mujeres casadas entre 15 y 24 años, con el propósito de identificar la prevalencia y los factores determinantes de violencia sexual en el matrimonio, encontrándose que la mediana de edad al contraer matrimonio era 17 años; el 70% tienen un matrimonio “arreglado”. Alrededor del 29% de las mujeres no tenía escolaridad mientras que el 51% había completado ocho años de escolaridad. El 80% no trabajan por dinero. Una cuarta parte de las mujeres se encontraban en la categoría de “baja autonomía”.

El 46% de las mujeres casadas jóvenes informaron haber sufrido violencia sexual por parte de su esposo y 31% reportaron haber experimentado violencia sexual en los últimos 12 meses. Sobre los factores determinantes, las mujeres más jóvenes tenían más probabilidades de haber sufrido violencia sexual, así mismo las mujeres analfabetas y las que no tienen un ingreso en efectivo o que estaban empleadas en trabajos de estado inferiores (agricultura, aves de corral, salario diario de trabajo, etc.). Las mujeres con la autonomía más bajo experimentan los niveles más altos de violencia (42%) versus las mujeres con mayor autonomía en los últimos 12 meses (23%). Las mujeres que podrían contar con el apoyo de su familia eran menos propensas a experimentar violencia sexual, lo que indica la importancia de las redes sociales.

Hayati, Högberg, Hakimi, Ellsberg y Emmelin (2011), en el análisis de los resultados de la aplicación de la encuesta transversal de la violencia contra las mujeres con base en la metodología de estudio de la OMS. El estudio se dirigió a la prevalencia de la violencia física, sexual y emocional de 765 mujeres de 15-49 años de edad de una comunidad de Indonesia. Se encontró que el 22% de las mujeres sufren de violencia física y sexual, el 72% (n=549) son menores de 35 años (*OR* 0.92; *IC* [0.56, 1.52], *OR* 0.89; *IC* [0.61, 1.29]), el 60% tienen menos de nueve años de instrucción educativa (*OR* 0.92; *IC* [0.58, 1.46]; *OR* 1.38; *IC* [0.96, 1.98]), el 80% no tiene independencia económica. Se identificó que en la violencia sexual y física el factor de riesgo principal es tener un marido infiel (*OR* 2.3; *IC* [1.09, 4.88]).

Puri et al. (2011) a través del análisis cualitativo sobre violencia sexual de mujeres casadas de 15 a 24 años de dos grupos étnicos de Nepal. Se encontró que el 76.9% de las mujeres se encuentra entre los 20 a 24 años; el 71.8% (10 de cada 15) son amas de casa y no tienen ningún ingreso. El 51.3% de las mujeres son analfabetas o sólo tienen educación primaria. El 74% de las mujeres mencionaron tener “*sexo en contra de su voluntad*”; el 48.7% reportó relaciones forzadas por el marido, 11 de 15 mujeres informaron que se sentían socialmente aislados y no solicitan apoyo.

La violencia de pareja se debe a la falta de autonomía por parte de las mujeres, dependencia económica, el derecho percibido de los hombres a la fuerza sexual, la falta de educación y el conocimiento sobre sexualidad, falta de apoyo y uso del alcohol por el esposo. 10 de cada 15 mujeres informaron que experimentaron problemas de salud después de las relaciones sexuales forzadas con sus maridos: dolor de espalda, dolor de cuerpo, dolor de cabeza y dolor abdominal bajo; 5 de 15 también informaron que habían experimentado flujo blanco, picor vaginal, presencia de sangre oscura y se produjo una hemorragia inmediatamente después de la violencia. Una mujer explicó: “*Cada vez que me obligó a tener relaciones sexuales y me pegaba me quería morir...cada vez que tengo*

sexo, sangre oscura fluye de mi vagina. He estado sufriendo de este problema durante los últimos tres meses”.

En síntesis, en relación a la violencia de pareja se encontró que es ejercida en MI analfabetas y se presenta cuando la MI tiene autoestima baja. Se reporta que las MI se encuentran en un alto nivel de vulnerabilidad por las construcciones sociales en la hegemonía masculina, expresada en una subordinación de tipo económica, social y cultural, donde el hombre cree que su esposa es de su propiedad y que tiene derecho y control sobre su cuerpo, así como a decidir cuándo y cómo tienen lugar los encuentros sexuales.

Conducta sexual en MI

Uso del condón, número de parejas sexuales y tipo de parejas sexuales

Romero et al. (2011) analizaron el comportamiento sexual de las mujeres indígenas en México, a través de tres indicadores de riesgo de VIH, sida (índice de conocimiento sobre el VIH, sida, índice de conocimiento de cualquiera de los métodos para evitar la infección por VIH y el Índice de uso del método para evitar la infección por VIH), encontraron que el 51.1% de las mujeres indígenas tuvieron su primera relación sexual a una edad de 11 a 18 años, el 96% no usa ningún tipo de anticonceptivo en su primera relación sexual, por desconocimiento (6 de cada 10), 94% de las mujeres que refieren tener alguna infección de transmisión sexual, mencionan haber sido infectadas por su pareja; las mujeres indígenas se encuentra en alto riesgo de infección de VIH/sida ya que solo el 3.16% usa el condón.

Ponce et al. (2011) a través de un diagnóstico realizado en colaboración con la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblo Indígenas, presenta la situación de los pueblos indígenas sobre VIH, sida de seis regiones fronterizas de México (Nuevo León, Sonora y Chihuahua en la frontera norte del país y Quintana Roo, Tabasco y Chiapas en la frontera Sur), reportando que la vivencia de la sexualidad se caracteriza

por relaciones tempranas, antes del matrimonio, el incremento de madres solteras y la dificultad de las mujeres de negociar el uso del condón, lo que disminuye la capacidad de estas de decidir sobre su cuerpo, su sexualidad, su salud y bienestar físico, situándolas en una posición de mayor riesgo ante las ITS y el VIH.

Ragsdale, Gore-Felton, Koopman y Seal (2009), estudiaron la conducta sexual de riesgo, en un grupo de mujeres involucradas en una relación heterosexual ($X= 27$ meses), de bajo ingreso, edad ($M = 20.60$, $DE = 2.80$; rango de 19 a 35 años), latinas mexicanas y puertorriqueñas. Los resultados mostraron que el 100% había experimentado relaciones sexuales por vía vaginal, mientras que el 45% también reportó haber tenido relaciones por vía anal. El número de parejas sexuales en la vida fue ($M = 6$, $DE= 5.79$; rango 1-30).

El 90% de las participantes reportó haber tenido relaciones sexuales no protegidas con la pareja principal en los últimos tres meses. Además el 15% tuvo relaciones con otra pareja. El 33% reportó sexo no protegido con su pareja principal, aún cuando sospechaba o sabía que él había tenido una relación con otra pareja. En cuanto a asociaciones se reportó que las mujeres mexicanas tuvieron más relaciones sexuales sin protección que las puertorriqueñas, con base a la etnicidad ($t = -2.06$, $p < .05$) y en menos relación de poder ($t = -2.97$, $p < .01$). Lo que habla de subordinación de la mujer hacia el hombre, quien toma el control de las relaciones y la reproducción.

Sierra et al. (2009) a través de un estudio descriptivo, transversal, en personas de 15 a 49 años de zonas rurales y semi-urbanas de Honduras, se propusieron determinar la vulnerabilidad a la epidemia de ITS, VIH, sida, encontraron que el 51% fueron mujeres, el promedio de edad de los participantes fue de 30 años y el de escolaridad de 7 años; identificaron vulnerabilidad ante ITS, VIH, sida por la presencia de prácticas sexuales (84%), 73% y 96% entre los 15 y 20 años; con un promedio de edad de inicio de relaciones sexuales a los 17 años; el 13.4% reportó tener más de una pareja sexual, a la

prevalencia de ITS, 5% reportó haber tenido una en los últimos 12 meses y por el uso irregular del condón, donde 75.6% de las mujeres nunca usaron condón con su pareja.

Devries et al. (2009) realizaron un análisis de la encuesta Británica de salud para adolescentes, de los factores asociados con las relaciones sexuales, tener más de una pareja sexual y no usar el condón en los jóvenes indígenas canadienses. Se encontró que del 54% son mujeres indígenas, en un rango de edad de 12 a 20 años, el 65.2% ya había tenido relaciones sexuales. De las cuales, el 56.1% ha tenido más de un compañero sexual y el 40.5% no utilizó preservativo en la última relación sexual. El factor asociado fue el consumo de sustancias.

Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2009), a través de un estudio descriptivo transversal y muestreo aleatorio simple, entrevistaron a 5,831 mujeres entre 15 a 49 años de edad. El 25.1% de las mujeres pertenecían a alguna etnia indígena, de las cuales 72.7% tienen baja escolaridad, el 71.5% están casadas. Se encontró que el conocimiento sobre el VIH, sida en las mujeres indígenas es de 3.7%, con una asociación estadística con las mujeres no indígenas 20.1% ($p < 0.000$). El 50.2% de las mujeres indígenas informaron que no tenían acceso a un condón, este porcentaje fue significativamente menor en las mujeres no indígenas 18.1% ($p < 0.000$), se encontró que el 8.1% de las mujeres no indígenas habían tenido más de una pareja sexual, en comparación con el 4.7% de las mujeres de las etnias indígenas, con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.005$).

En síntesis, de acuerdo a los estudios realizados, las mujeres han iniciado a temprana edad su vida sexual sin el uso del condón, además se reporta la presencia de relaciones sexuales con su pareja y otras parejas. Tienen bajos conocimientos sobre el VIH y no tienen acceso a un condón.

Objetivo general

Explicar la relación entre la conducta previa relacionada (edad del IVSA), factores psicológicos (autoestima); socio-culturales: (escolaridad, sexismo y conocimientos sobre el VIH, sida y otras ITS), beneficios, barreras y autoeficacia percibidos (para el uso del condón) e influencias interpersonales (violencia de pareja) que influyen en la conducta sexual en MI; además de explorar los factores relacionados a la conducta sexual de las MI.

Objetivos específicos de tipo cuantitativo

1. Determinar la influencia de la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS sobre la conducta sexual en MI.
2. Identificar si la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS, influyen en los beneficios, barreras y autoeficacia percibidos para el uso del condón.
3. Conocer el efecto de los beneficios, barreras y autoeficacia percibidos para el uso del condón sobre la conducta sexual en MI.
4. Establecer si la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimientos sobre el VIH, sida y otras ITS, influyen en la violencia de pareja.
5. Identificar si la violencia de pareja tiene efecto sobre la conducta sexual en MI.

Objetivo específico de tipo cualitativo

Explorar los factores de las MI acerca de la conducta sexual segura y de riesgo.

Objetivo específico de tipo mixto

Utilizar el diseño de triangulación concurrente para desde el abordaje de la investigación cuantitativa y cualitativa como alternativa para obtener datos complementarios que permitan un abordaje completo de la conducta sexual de las MI.

Definición de términos

Edad del IVSA: Es el número de años cumplidos que la MI expresa sobre el momento en el que tuvo su primera relación sexual. Fue registrado en la cédula de datos.

Autoestima: Es la percepción de la MI acerca del grado de satisfacción que tiene sobre sí misma, manifestado por sentirse orgullosa, útil y a gusto con lo que realiza. La variable fue medida con la Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965).

Escolaridad: Años de estudio concluidos por la MI. Fue registrado en la cédula de datos.

Sexismo: Actitudes que tiene la MI respecto a roles sociales restringidos basados en una conducta discriminatoria, así como dependencia y sumisión por parte de la pareja. La variable fue medida con el Inventario de Sexismo Ambivalente (ASI) (Glick & Fiske, 1996).

Conocimientos sobre el VIH, sida y otras ITS: es la información que las MI tienen sobre VIH y sida, las formas de transmisión y prevención, así como la información sobre otras infecciones de transmisión sexual. La variable fue medida por la Escala de conocimientos sobre VIH y otras ITS (Espada, et al. 2014).

Beneficios percibidos para el uso del condón: son percepciones acerca de las ventajas que las MI identifican en el uso del condón al tener relaciones sexuales con su pareja. La variable fue medida por el Cuestionario de ventajas e inconvenientes en el uso del preservativo con una pareja afectiva heterosexual (Planes, et al. 2012).

Barreras para el uso del condón: son percepciones acerca de los inconvenientes que las MI identifican en el uso del condón, al tener relaciones sexuales con su pareja. La variable fue medida por el Cuestionario de ventajas e inconvenientes en el uso del preservativo con una pareja afectiva heterosexual (Planes, et al. 2012).

Autoeficacia percibida para el uso del condón: es la percepción de la capacidad y habilidad que las MI tiene en el uso del condón, al tener relaciones sexuales con su pareja.

La variable fue medida con la Escala de Autoeficacia para el uso del condón (Brafford & Beck, 1991).

Violencia de pareja: es la presencia o ausencia de maltrato que recibe la MI por parte de su pareja, manifestado por abandono, celotipia, insultos, golpes, amenazas con armas de fuego o punzo cortantes y uso de la fuerza física para tener relaciones sexuales. La variable fue medida con la Escala de Violencia (Valdés, et al. 2006).

Conducta sexual en MI: son las prácticas sexuales que tienen a las MI ante una conducta sexual de riesgo o una conducta sexual segura, incluyó la frecuencia del uso del condón, número de parejas sexuales y tipo de pareja sexual en la cual se consideró estable y/o ocasional, para los cuales se consideraron los últimos 12 meses. La variable fue medida con el Cuestionario de conducta sexual en las MI (Nava & Onofre, 2017).

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describe cómo se abordó el fenómeno de estudio con métodos mixtos (MM) de diseño de triangulación concurrente. Este incluyó dos fases: la cuantitativa (CUAN) y la cualitativa (CUAL), para cada una se presenta el diseño, población, muestreo, muestra, instrumentos de medición y procedimiento de recolección de información. Además, se presenta el plan de análisis de los datos incluyendo la integración de estas fases en MM.

Diseño del estudio

El estudio fue con MM, ya que estos permitieron profundizar y comprender la conducta sexual en MI, no sólo a partir de datos CUAN, sino añadiendo la riqueza interpretativa de los métodos CUAL (Pereira, 2011). Fue un diseño de triangulación concurrente (DITRIAC), ya que la recolección, análisis e interpretación de los datos CUAN y CUAL se realizó de manera paralela, con la finalidad por un lado de confirmar los resultados mediante la validación cruzada y por otro de ampliar y profundizar la comprensión del fenómeno de estudio (Bamberger, 2012; Sampieri, Fernández, & Baptista, 2014) (Figura 7).

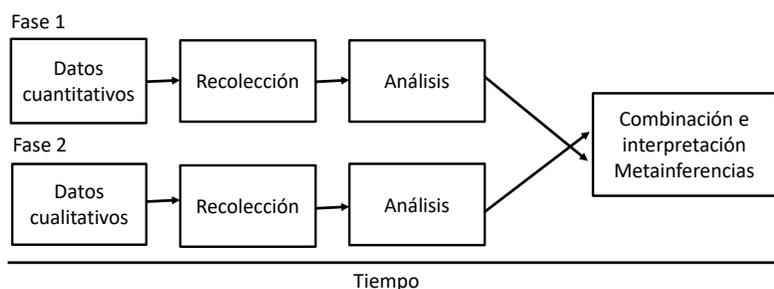


Figura 7. Diseño de triangulación concurrente

Criterios de inclusión

Mujeres de 18 a 60 años residentes del Municipio de Puebla, que se auto-identifiquen como indígenas y/o hablen una lengua indígena (se aplicó una pregunta filtro en la cédula de datos).

Mujeres indígenas con vida sexual activa (se aplicó una pregunta filtro en la cédula de datos).

Criterios de exclusión

Mujeres que no se auto-identifiquen como indígenas (se aplicó una pregunta filtro en la cédula de datos).

Mujeres indígenas que no desean participar.

Fase cuantitativa

En el presente estudio se utilizó el diseño correlacional y de comprobación de modelo. Esto debido a que el propósito del estudio fue determinar si las variables en el modelo propuesto predicen la conducta sexual en MI (Grove & Burns, 2013) (ver figura 8).

Población, muestreo y muestra

La población estuvo conformada por MI de 18 a 60 años, de una comunidad del municipio de Puebla. El muestreo fue aleatorio simple, se generaron números aleatorios con base en las lista de las MI de acuerdo al censo poblacional de la comunidad. La muestra se calculó a través del paquete estadístico nQueryAdvisor, con un nivel de significancia de .05, un Coeficiente de Determinación de $R^2= 0.09$ y una potencia de prueba de 90%, para un modelo de regresión lineal múltiple, con 18 variables. Considerando una tasa de no respuesta del 30%, con un tamaño de la muestra de 386 MI.

Descripción de los instrumentos

Para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos, fue a través de la visita domiciliaria. La investigadora fue quien realizó la aplicación de manera personal. A continuación se presentan los instrumentos que fueron utilizados para medir las variables de estudio.

Factores biológicos y socioculturales

Para indagar sobre la edad del IVSA, se realizó por medio de la cédula de datos, a la cual, se le integró un apartado de factores biológicos y socioculturales (Apéndice A). Fue diseñada por la autora del estudio y los asesores. Se indaga sobre si se identifica como indígena, si habla lengua indígena, edad del IVSA, escolaridad y si ha presentado alguna ITS.

Factores personales psicológicos

Para medir la autoestima, se utilizó la Escala de Autoestima (EA), elaborada por Rosenberg (1965), consta de 10 preguntas con las que se mide la percepción de la persona acerca de ella misma; cinco preguntas están redactadas de manera positiva y cinco de manera negativa. Esta escala tiene un patrón respuesta con cuatro opciones; que van desde 1 (Totalmente en desacuerdo), 2 (en desacuerdo), 3 (de acuerdo) y 4 (Totalmente de acuerdo), se presenta una puntuación mínima de 10 y máxima de 40, lo que indica a mayor puntuación mayor autoestima. Ha sido validada para la población española con un Alfa de Cronbach de 0.87 (Vázquez, Vázquez & Bellido, 2013) y en población chilena con un Alfa de Cronbach de 0.75 (Rojas, Zegers, & Forster, 2009). Se ha utilizado en estudios con población indígena en Costa Rica, reportándose un Alfa de Cronbach de entre 0.60 y 0.67 (Román & Moreno, 2010) (Apéndice C).

Factores personales socioculturales

Para medir el sexismo, se utilizó el Inventario de sexismo ambivalente (ASI) elaborado por Glick y Fiske (1996). Consta de 22 preguntas con las que se mide el sexismo hostil (actitudes prejuiciosas y conductas discriminatorias basadas en la supuesta inferioridad de las mujeres, con los reactivos: 2, 4, 5, 7, 10, 11, 14, 15, 16, 18 y 21) y benevolente (conjunto de actitudes hacia la mujer, asociadas a roles sociales restringidos, con los reactivos: 1, 3, 6, 8, 9, 12, 13, 17, 19, 20 y 22), con 11 ítems cada uno. Tiene una escala de respuesta con cuatro opciones; que van desde 1 (totalmente en desacuerdo), 2 (en desacuerdo), 3 (de acuerdo) y 4 (totalmente de acuerdo), puntuaciones mayores en la escala indican mayores niveles de prejuicio hacia las mujeres. Ha sido validada en población chilena con un Alfa Cronbach de .84. El índice de confiabilidad para cada una de las subescalas, sexismo benévolo y sexismo hostil, fue de .74 y .85 respectivamente, posee adecuadas propiedades de consistencia interna y validez factorial (Cárdenas et al., 2010). Para el presente estudio, se consideró el índice total de la escala (Apéndice D).

Escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual

Para medir la variable conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS, se utilizó la escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, elaborada por Espada et al., (2014). Consta de 40 reactivos los cuales se encuentran agrupados en cinco subescalas, con los que se mide conocimiento acerca de: vías de transmisión del VIH (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 20 y 21), conocimiento general del VIH (1, 2, 13, 14, 15, 23, 24, 25, 26 y 27), sobre otras ITS (28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39 y 40), preservativo como método protector (18 y 19) y prevención de VIH (16, 17 y 22). Con una escala de respuesta: falso, verdadero o no conoce la respuesta, en el cual se les asignan los valores de 0, 1 y 2 sucesivamente, lo que permite realizar una evaluación del nivel de conocimientos sobre VIH y otras ITS, puntuaciones mayores en

la escala indican mayor nivel de conocimientos. Ha sido validada en población española. El índice de confiabilidad oscila desde 0.65 hasta 0.85, de acuerdo a cada una de las subescalas: conocimiento general sobre VIH (0.76), sobre el condón (0.65), conocimiento sobre la transmisión del VIH (0.85), sobre la prevención de VIH (0.70) y conocimiento general sobre otras ITS (0.78) (Espada et al., 2014) (Apéndice E).

Beneficios y barreras para el uso del condón

Para medir las barreras y beneficios para el uso del condón, se utilizó el cuestionario ventajas e inconvenientes del uso del preservativo con una pareja afectiva heterosexual, elaborado por Planes et al. (2012). Consta de 18 preguntas, 9 preguntas miden las ventajas (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9) y 9 preguntas miden los inconvenientes (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18). Tiene una escala de respuesta con tres opciones; que van desde 0 (nada importante), 1 (poco importante) y 2 (muy importante), con una puntuación de 0 a 36, puntuaciones mayores en el cuestionario indica los beneficios para el uso del condón. Ha sido validada en población española, con un Alpha Cronbach en la escala de ventajas de 0.60 y en la escala de inconvenientes de 0.72 (Apéndice F).

Autoeficacia para el uso del condón

La Escala de Autoeficacia para el uso del condón (Brafford & Beck, 1991), consta de 26 preguntas con las que se midió la habilidad para el uso del condón. Se divide en cuatro subescalas: 1) Colocación del condón: habilidad para ponerse el condón o ponérselo a la pareja correctamente. Esta variable se mide con los ítems 1, 2, 3, 7, 8, 11, 14, 15, 19, 20, 21, 22. 2) Uso del preservativo con la aprobación de la pareja: capacidad para usar el preservativo con la aprobación o no de la pareja. Esta variable se mide con los ítems 9, 10, 16, 17 y 18. 3) Uso del condón bajo influencia de sustancias: capacidad para usar el condón estando con los efectos de drogas o el alcohol. Esta variable se mide con los ítems 23 y 24. 4) Asertividad: habilidad para persuadir a la pareja en el uso del condón. Esta variable se mide con los ítems 4, 5, 6, 12, 13, 25 y 26. Tiene un patrón

respuesta con cuatro opciones que van desde 1 (en completo desacuerdo), 2 (en desacuerdo), 3 (de acuerdo) y 4 (completamente de acuerdo), a mayor puntuación mayor autoeficacia para el uso del condón. Ha sido validada por la población cubana con un Alpha Cronbach de 0.78 (Hernández & López, 2011) (Apéndice G).

Violencia de pareja

La Escala de violencia (Valdez-Santiago et al., 2006), consta de 19 preguntas con las que se obtuvo información de la violencia perpetrada por la pareja en los últimos 12 meses. Se divide en cuatro sub-escalas: 1) violencia psicológica, integrada por cinco reactivos (8, 9, 12, 15 y 17) que señalan una serie de conductas emocionalmente dominadoras y represivas hacia la mujer por parte de su pareja, 2) violencia física, conformada por cinco reactivos (3, 5, 6, 13 y 19), violencia física severa con seis reactivos (2, 4, 7, 10, 11 y 16) los cuales indican conductas de agresión física de las que son víctimas las mujeres y 4) violencia sexual, constituida por tres reactivos (1, 14 y 18), que hacen referencia a forzar psicológica o físicamente a la mujer a tener relaciones sexuales. Tiene un patrón respuesta con cuatro opciones que van desde 1 (nunca), 2 (alguna vez), 3 (varias veces) y 4 (muchas veces). Puntuaciones mayores en la escala indican mayores niveles de violencia de pareja. Este instrumento, ha sido validado en población mexicana con un Alpha Cronbach de 0.99 (Valdez-Santiago et al., 2006). (Apéndice H).

Conducta sexual en MI

Para la conducta sexual en MI, se elaboró un cuestionario que permitió indagar sobre esta variable (Apéndice I), la cual, se construyó a partir de tres indicadores: número de parejas sexuales en los últimos 12 meses, tipo de pareja sexual en los últimos 12 meses y la frecuencia para el uso del condón. En el indicador número de parejas sexuales, fue medido a través del total de parejas que la MI haya presentado hasta el

momento del estudio, la temporalidad considerada fue de acuerdo a los últimos 12 meses.

Para medir el indicador de tipo de pareja sexual en los últimos 12 meses, se establecieron dos opciones de respuesta, estable y ocasional, la cual, se encontraba relacionada con el indicador anterior, de acuerdo al número de pareja que indicara, se señalaba el tipo de pareja correspondiente.

En el indicador frecuencia para el uso del condón se utilizó una escala tipo Likert, la cual, presentó cuatro opciones de respuesta que van de 1 nunca usa condón hasta 4 siempre usa condón.

Para el análisis global del cuestionario de conducta sexual en MI, se realizó la construcción de un índice, en el cual, se consideró el grado de exposición al riesgo, por lo que las puntuaciones oscilan entre 0 a 100 donde 0 representa mayor exposición al riesgo, por lo que se interpreta como una conducta sexual de riesgo y 100 representa una menor exposición al riesgo, lo que significa una conducta sexual segura.

Encontrándose que de acuerdo al tipo (pareja ocasional) y número de parejas con base en la frecuencia del condón se asignaron los siguientes puntajes: nunca utilizan condón de 0 a 14.28; a veces lo utiliza 14.29 a 28.56; con frecuencia 28.57 a 42.85; siempre utiliza condón 42.86 a 57.13. Las MI que reportaron una pareja estable y en relación a la frecuencia del condón se asignaron los siguientes puntajes: nunca utilizan condón de 57.14 a 71.42; a veces lo utiliza 71.43 a 85.70; con frecuencia 85.71 a 99.99; siempre utiliza condón 100.

Procedimiento de recolección de información

Para realizar el presente estudio se solicitó la autorización del Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. También se solicitó autorización a la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, para tener acceso a la

información que elabora el Centro Comunitario de Atención al Cuidado de la Vida (CECACVI), en el cual se solicitó el censo nominal y el croquis de los sectores de la comunidad de estudio.

A partir del censo nominal, la investigadora elaboró una lista de las MI en edades entre 18 a 60 años, especificando el nombre y domicilio de cada una de ellas. Partiendo de este listado se utilizó la tabla de números aleatorios, se localizó en el domicilio a las MI, corroborando que la participante residía en el domicilio, en el caso de no encontrarla en el momento de la visita, se consideró realizar dos visitas más. En la situación donde la MI seleccionada decida no participar, que no cumpla con los criterios de inclusión o que no se encuentre en su domicilio después de la tercera visita domiciliaria, se consideró como parte de la tasa de no respuesta.

Una vez identificado el domicilio de la MI, se realizó una visita previa a la aplicación de los instrumentos para informarle que había sido seleccionada para participar en el estudio, al corroborar que cubría los criterios de inclusión se solicitó su participación, en este primer contacto, se les explicó sobre los objetivos de la investigación y se hizo énfasis en que el estudio es anónimo y los datos recabados serían utilizados por el investigador principal de manera confidencial para fines de investigación, cuando la MI aceptó participar, se realizó la lectura del consentimiento informado para la aprobación de la MI a través de su firma o huella digital, posteriormente se le entregó una copia para su resguardo. En ese momento si la MI disponía de tiempo y se encontraba dispuesta se realizaría la aplicación de los instrumentos, de lo contrario se acordó una cita especificando el día y la hora para la aplicación posterior de los instrumentos.

Para la aplicación de los instrumentos, la investigadora inició con la Cédula de datos. Continuó con la Escala de Autoestima (Apéndice C), Inventario de sexismo ambivalente (Apéndice D), Escala de conocimientos sobre VIH y otras infecciones de

transmisión sexual (Apéndice E). Cuestionario de ventajas e inconvenientes en el uso del preservativo con una pareja afectiva heterosexual (Apéndice F). La Escala de Autoeficacia para el uso del condón (Apéndice G). La Escala de violencia (Apéndice H) y el cuestionario de conducta sexual de riesgo en mujeres indígenas (Apéndice I) Los instrumentos fueron aplicados en un sólo momento. Finalmente se agradeció a la informante su participación y se le hizo énfasis que cualquier inquietud o comentario podía expresarlo. Posteriormente, para el registro en la base de datos a cada sujeto de estudio se le asignó un número de identificación consecutivo.

Fase cualitativa

Se desarrolló un estudio cualitativo a partir de la realización de entrevistas semiestructuradas, lo que permitió enfatizar en la construcción de la realidad a partir de los significados que las MI expresen en los aspectos cognitivos, afectivos y contextuales con base en su conducta sexual. Además permitió la explicación y descripción de los significados vividos (construcción de la significación) en la búsqueda de múltiples perspectivas al profundizar e interpretar la conducta sexual en MI (Pereira, 2011; Sampieri et al., 2014) (Figura 8)

La población se integró por las MI con la que se haya generado mayor confianza de las que se les aplicaron los instrumentos cuantitativos, de esta manera se inició el muestreo en bola de nieve para la selección de participantes en la fase CUAL. Con las que se realizaron 11 entrevistas semi-estructuradas, que fue hasta donde se logró la saturación de categorías.

Descripción de la guía de entrevista

Se elaboró una guía de entrevista semiestructurada (Apéndice J), la cual abordó los conceptos de acuerdo al Modelo de la conducta sexual en MI (ver figura 2). La guía de entrevista fue desarrollada por la autora del estudio y asesores, considerando que permitió la interpretación de las subjetividades, por lo que las preguntas fueron abiertas,

sin categorías preestablecidas de tal forma que las participantes pudieron expresar sus experiencias, fue revisada por expertos en la temática y/o metodología para asegurar que el fenómeno se pudiera explorar a profundidad.

Procedimiento de recolección de información

Para realizar la fase cualitativa del estudio se solicitó la autorización del Comité de Ética en Investigación y el Comité de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Para seleccionar a las participantes se siguió un procedimiento de bola de nieve a partir de una MI de la muestra de la fase CUAL, con la que se estableció mayor confianza, se realizó el enlace para identificar a la siguiente participante solicitándole el enlace con otra MI que ella nos designó y continuar de la misma manera hasta que se obtuvo el número suficiente de participantes.

Se realizaron las visitas domiciliarias con la finalidad de hacerles la invitación a participar en la fase CUAL. En este acercamiento se les explicó los objetivos y procedimientos cualitativos, se hizo énfasis que el estudio es anónimo y los datos recabados serían utilizados por la investigadora principal de manera confidencial. Así mismo, en esta visita se acordó el día y la hora de la aplicación de la entrevista semiestructurada, la cual fue audio-grabada, por lo que se le hizo énfasis que nos permitiera un lugar de su casa con mayor privacidad. En caso de que la participante no permitiera ser audio-grabada, se le informó que la investigadora tomaría notas de campo sobre la entrevista. Así mismo, al finalizar la entrevista de manera inmediata en conjunto con las notas registradas la investigadora realizaría una grabación sobre impresiones generales de la entrevista atendiendo los objetivos de la investigación.

Para el desarrollo de la entrevista semiestructurada, se realizó la lectura del consentimiento informado, para la aprobación de la MI a través de su firma o huella digital, posteriormente se le entregará una copia para su resguardo. Se le recordó que la entrevista tendrá una duración de 60 minutos aproximadamente, así mismo que será

audio-grabada y se buscará un lugar del domicilio con mayor privacidad, para asegurar un ambiente de confidencialidad. Para iniciar la entrevista, se hizo énfasis a la participante que el propósito fue conocer sus percepciones sobre su conducta sexual y que en cualquier momento en que se sientan incómoda era posible suspender la entrevista, si así fuera necesario. Finalmente se le agradeció su participación y se le hizo énfasis en que podía expresar cualquier inquietud o comentario.

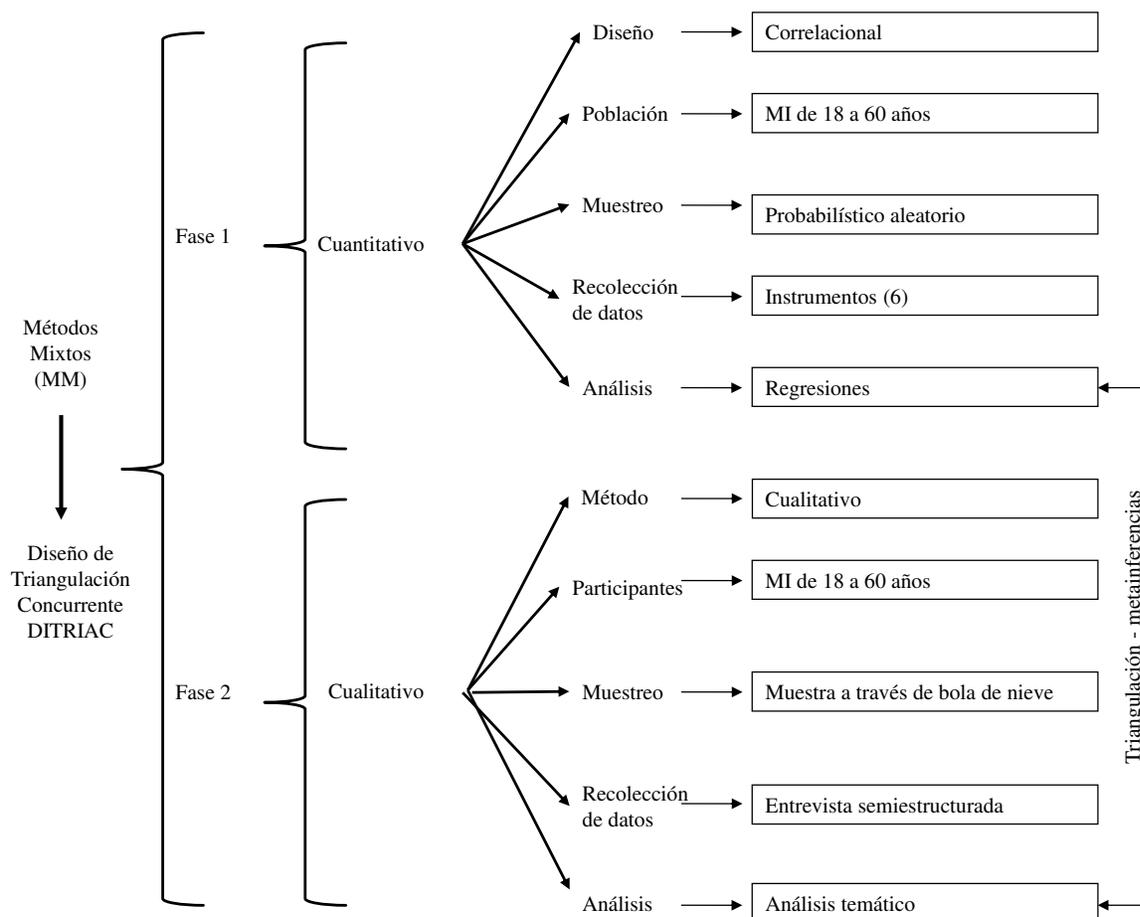


Figura 8. Resumen del diseño de triangulación concurrente del Modelo de conducta sexual en MI

Consideraciones éticas

Este proyecto de investigación se apegó a lo estipulado a los lineamientos y principios a los cuales debe someterse la investigación científica, de acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987). Este trabajo de investigación se encuentra orientado a lo que establece el Título segundo, Capítulo I, de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Se consideraron los artículos siguientes: En el artículo 13, se establece que en toda la investigación prevalecerá el criterio de respeto a la dignidad y a la protección de los derechos y bienestar, por lo que el abordaje a las participantes será con respeto a sus creencias y protegiendo su identidad.

Siguiendo lo estipulado en el Artículo 20, el cual, señala que el consentimiento informado es el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación autoriza su participación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos de la investigación, con capacidad de libre elección y sin coacción alguna. Por lo que de acuerdo a lo establecido en el artículo 14, Fracción V, se entregará el consentimiento informado por escrito a la participante, el cual deberá ser firmado.

Así mismo, es necesario aclarar lo señalado en el Artículo 21, en la fracción I, la justificación y los objetivos de la investigación, en la fracción VII, la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio. Fracción VIII la seguridad de que no se identificará y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad y en la fracción IX, el compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad de la participante para continuar en el proyecto. Del Artículo 22, fracción IV, refiere que el consentimiento informado deberá ser firmado por dos testigos y por la participante, si no supiere firmar, imprimirá su huella digital. Previo a una explicación clara y completa sobre lo que consistirá su participación, reiterando que será

respetada su privacidad y confidencialidad como lo señala el Artículo 16. En relación al riesgo de la investigación, de acuerdo como se señala en el Artículo 17, fracción II, se considerará de Riesgo Mínimo, por tratarse de una población vulnerable, además por el abordaje de las variables de estudio, por tratarse de temas sexuales y que podrían generar incomodidad.

Estrategias de análisis de datos (triangulación concurrente)

El análisis de los datos CUAN y CUAL, se realizó en paralelo (Creswell, 2013), se incluyeron datos estadísticos de cada variable, seguidos por categorías y segmentos (citas) cualitativos, para analizar cada una de las variables siguiendo el orden en que los datos fueron obtenidos, se le dio sentido a las estimaciones realizadas al interrelacionar las variables (ver figura 9 y 10) y se encontraron significados los cuales algunos tuvieron convergencia lo que aumentó la validez y la credibilidad de los hallazgos o la interpretación. Y se encontraron estimaciones diferentes que se contradijeron, para lo cual, se revisaron nuevamente los datos estadísticos y las categorías cualitativas para explorar y comprender la razón de las contradicciones (Bamberger, 2012).

Para dar respuesta a los objetivos planteados, a continuación se describe la estrategia del análisis de los datos CUAN y CUAL, los cuales se presentan para mayor claridad en dos fases. Sin embargo, este análisis se realizó como ya se mencionó con anterioridad de manera simultánea, es decir, conforme se analizaron los datos cuantitativos, se analizaron los cualitativos.

Los datos CUAN, se analizaron con el paquete estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 21. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Para conocer las características de los sujetos del estudio, se utilizaron frecuencias y proporciones para las variables categóricas, y medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas. Así mismo se determinó la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente Alpha de Cronbach, se calcularon índices para

todos los instrumentos. Posteriormente se evaluó si los datos presentaron normalidad utilizando la prueba de Kormogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para determinar y justificar el uso de estadística no paramétrica. Para dar respuesta a los objetivos se realizaron correlaciones Spearman y regresión lineal multivariado y univariado, debido a que se utilizó estadística no paramétrica y para cumplir con el supuesto del modelo de regresión lineal se aplicó la técnica bootstroap para cada uno de los modelos analizados.

Para el reporte de los datos CUAL, en la base de datos cuantitativos se identificaron a las 11 MI que participaron en la fase CUAL, asignándoles un número de identificación que fue del uno al 11. Acerca de los significados de la conducta sexual de las MI, se realizó análisis temático, el cual, informó sobre la realidad de las participantes y sus experiencias. Se consideraron las recomendaciones de Braun y Clarke (2006), donde se identificaron patrones (temas e historias), se teorizó el lenguaje constitutivo de significado social a partir de las evidencias (códigos vivos) y la edición e integración de argumentos.

De acuerdo a Braun y Clarke (2006), el análisis temático es un proceso útil y flexible que considera seis fases, las cuales pueden ser recursivas según sea necesario a lo largo del proceso, es decir, permitió a la investigadora transitar de una fase a la otra y regresar nuevamente. La primera fase consistió en la familiarización (profundidad y amplitud de los contenidos) de los datos de acuerdo a las variables contextuales de cada uno de los registros. Por lo que a partir de las audio-grabaciones, se realizaron las transcripciones en el programa MAXQDA v12, por lo que fue necesario revisar la ortografía y signos de puntuación. En esta fase se realizaron dos lecturas corroborando las audio-grabaciones con las transcripciones, lo que permitió revisar de manera minuciosa las coincidencias.

En la segunda fase se realizó la generación de los códigos iniciales, esto fue a partir de la identificación de las características de los datos, por lo que fue necesario realizar una lista inicial general de temas con base en los contenidos, se observaron las diferencias y similitudes en la información, de manera sistemática con la totalidad del conjunto de los datos, para agruparlos de acuerdo con características similares para destacar grupos, se determinó la dirección de los datos, lo que permitió organizar la información y definir códigos.

La tercera fase consistió en la búsqueda de temas, la cual implicó la clasificación de los códigos anteriormente definidos, por lo que se realizaron mapas mentales que permitieron relacionar los códigos, agrupándolos por temas o subtemas. Para esto se retomó la lista que se elaboró inicialmente lo que permitió integrar los temas encontrados.

La cuarta fase, permitió realizar una segunda revisión de los temas encontrados en la fase tres, con base en los códigos agrupados de la fase dos. El refinamiento de los temas permitió identificar la homogeneidad interna y externa, así como distinciones claras entre los temas; al finalizar esta fase se tuvo una idea clara de los temas y como encajaron entre sí.

En la quinta fase se realizó el ajuste del mapa temático, presentando jerarquías y relaciones, así mismo, se definió claramente en que consiste cada uno de los temas, describiendo su alcance dentro de la investigación. En la fase seis, se realizó la redacción del informe. Así mismo se integraron los perfiles narrativos de las participantes, los cuales se estructuraron integrando la información que la participante refirió en las entrevistas de acuerdo a su edad, escolaridad, edad del IVSA, número de parejas sexuales en los últimos 12 meses, uso del condón, información sobre el VIH, sida y otras ITS y si ha presentado violencia de pareja.

Para la integración de las metainferencias, se realizó a través del diseño de triangulación concurrente, de acuerdo al análisis de los datos CUAN y CUAL, es decir se realizó en paralelo con base en el diseño del plan de análisis de datos (ver Figura 10).

Lo que se realizó fue organizar los resultados cuantitativos y cualitativos a través de la matriz para el plan de análisis, para la estructuración de las metainferencias, para proponer el modelo final.

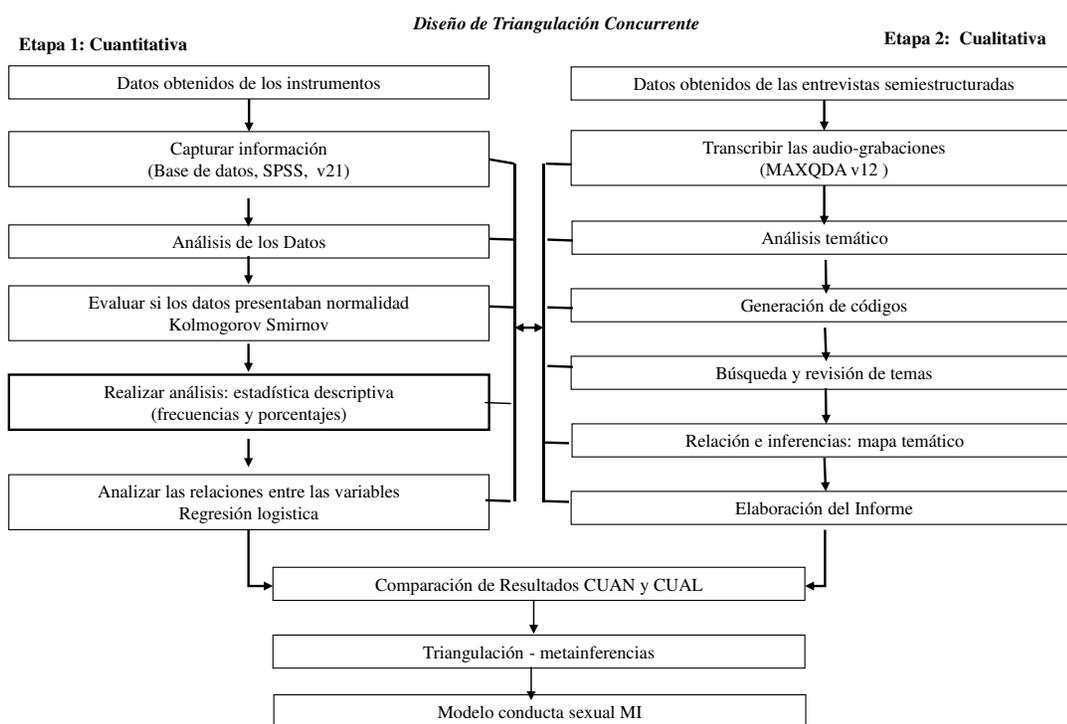


Figura 9. Diseño del plan de análisis de datos

Figura 10. Matriz para plan de análisis (diseño de triangulación concurrente)

Concepto MPS	Conceptos	
	derivados de la TRM	Temas de la Entrevista semiestructurada
Factores personales biológicos	Edad del IVSA	<p>¿Cómo decidió tener su primera relación sexual?</p> <p>Me podría platicar como fue su primera relación sexual (se sintió presionada para tener relaciones sexuales o fue por decisión propia)</p> <p>Que no le agrado de su primera relación sexual, que cambiaría (conocer si visualiza la posibilidad del uso del condón)</p> <p>A qué edad y bajo qué situación las mujeres deberían tener relaciones sexuales</p>
Factores personales psicológicos	Autoestima	<p>¿Qué le gustaría platicarme sobre usted? ¿Es casada? ¿Cuánto tiempo tiene con su pareja?</p> <p>¿Tiene hijos?</p> <p>¿A qué se dedica?</p> <p>¿Qué le gusta hacer?</p> <p>¿Considera que puede tomar decisiones respecto a su salud sexual?</p>

(Continúa)

Matriz para plan de análisis (diseño de triangulación concurrente) (Continuación)

Concepto MPS	Conceptos derivados de la TRM	Temas de la Entrevista semiestructurada
Factores personales socioculturales	Escolaridad Sexismo Conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS	<p>Me podría platicar que sabe sobre el sida</p> <p>¿Quiénes se enferman de sida?</p> <p>¿Sabe cómo son los síntomas de una persona que tiene sida?</p> <p>¿Qué piensa sobre las personas que se enferman de sida?</p> <p>Usted cree que haya algo con lo que se pueda evitar enfermarse de sida</p> <p>¿Sabes que es el VIH?</p> <p>¿Sabes cómo se transmite el VIH?</p> <p>¿Cómo se cuida para no contagiarte de alguna infección de transmisión sexual?</p> <p>¿Alguna vez ha tenido tratamiento para alguna infección vaginal?</p> <p>¿Alguna vez ha ido alguna plática sobre las infecciones de transmisión sexual?</p> <p>¿alguna vez ha ido alguna platica sobre el VIH Y sobre el sida?</p> <p>¿Cuándo ha ido a pláticas sobre VH, sida y otras ITS se siente con confianza de preguntar sus dudas?</p> <p>¿Usted cree que las mujeres deban hablar de sexo?</p>

(Continúa)

Matriz para plan de análisis (diseño de triangulación concurrente) (Continuación)

Concepto MPS	Conceptos derivados de la TRM	Temas de la Entrevista semiestructurada
Beneficios de la acción	Beneficios para el uso del condón	En caso de que si use o haya usado alguna vez un condón Me podría platicar que siente cuando usa condón
Barreras de la acción	Barreras para el uso del condón	¿Dónde consigue los condones? ¿Los condones están disponibles en el centro de salud? ¿los médicos o enfermeros se los han recomendado? ¿Alguna vez ha ido a pláticas sobre el uso del condón? ¿Cuándo ha ido a pláticas sobre el uso del condón se siente con confianza de preguntar sus dudas? En caso de que no use condón: ¿Podría contarme porque no usa condón? ¿Usted ha platicado con su pareja sobre el uso del condón? ¿Quién propone el uso del condón? ¿Usted cree que el uso del condón es importante?
Autoeficacia percibida	Autoeficacia para el uso del condón	¿Cuándo deciden usar condón? ¿Es fácil colocar el condón? ¿Usa algún método para colocar el condón?

(Continúa)

Matriz para plan de análisis (diseño de triangulación concurrente) (Continuación)

Concepto MPS	Conceptos derivados de la TRM	Temas de la Entrevista semiestructurada
Influencias Interpersona- les	Violencia de Pareja	<p>¿Cómo conoció a su pareja (esposo)? ¿Cuáles fueron sus planes cuando deciden estar juntos?</p> <p>¿Cómo se lleva usted con su pareja (esposo)? ¿Si en algo no están de acuerdo como resuelven el problema?</p> <p>¿Usted puede platicar sobre temas sexuales con su esposo?</p> <p>¿Alguna vez su pareja (esposo) la ha obligado a hacer algo que usted no quiera?</p> <p>¿Cómo es su relación en la intimidad?</p> <p>¿Disfruta tener relaciones sexuales?</p> <p>¿Alguna vez ha tenido alguna fantasía o deseo sexual?</p>
Conducta promotora de salud	Conducta sexual: Número de parejas sexuales Tipo de pareja Uso de condón	<p>¿Usted solo con su pareja ha tenido relaciones sexuales?</p> <p>¿Podría platicarme su experiencia con otras parejas?</p> <p>¿Qué falta para que las mujeres tomen en cuenta el uso de condón, el VIH, sida y otras ITS? ¿Qué recomendaciones le haría a las mujeres sobre estos temas?</p>

Capítulo III

Resultados

A continuación se presentan los resultados del estudio de acuerdo al diseño de triangulación concurrente. Primero se presentan los resultados de la fase cuantitativa, que consiste en la descripción de las variables de la muestra del estudio (estadística descriptiva), así mismo, se presenta la prueba de normalidad (Kolmogorov- Smirnov) para las variables de estudio y la prueba de consistencia interna (Alfa de Cronbach) para cada una de las escalas y subescalas. Además, se presentan las pruebas estadísticas utilizadas para dar respuesta a cada uno de los objetivos cuantitativos.

Posteriormente, se presentan los resultados de la fase cualitativa, en la cual se incluyeron las características sociodemográficas, la formación de patrones o temas (códigos) que emergieron, su agrupación (categorías) y las evidencias (códigos vivos). Se integró el perfil narrativo de las participantes y la síntesis de resultados cualitativos.

Finalmente, se presentan los resultados de tipo mixto, y la convergencia de los datos cuantitativos y cualitativos, posteriormente, las metainferencias y el modelo final.

Descripción de variables de la muestra de estudio

La muestra estuvo conformada por 386 MI, de 18 a 60 años de edad ($M= 33.18$, $DE= 10.15$). Cabe señalar que el 86% de las MI se encuentran en edad reproductiva (18 a 44 años). Con respecto a los años de escolaridad, la media fue de 4.94 ($DE= 3.75$), de los cuales, cero representa a las MI sin estudios; de uno a seis años, corresponden a la educación primaria; de siete a nueve años, tienen educación secundaria y de 10 a 12 años las MI tienen preparatoria. Esto indica que la mayoría de las participantes cuentan con un nivel de escolaridad hasta primaria. La media de edad de inicio de vida sexual fue de $M= 17.75$ ($DE= 3.49$). El 28% refirieron haber presentado alguna infección vaginal de la cual desconocen su origen, el porcentaje

restante reportó que hasta el momento no han presentado infección vaginal. Así mismo, el 6.2% de las MI reportó presentar virus del papiloma humano (VPH) de acuerdo al diagnóstico médico.

Con respecto a la autoestima, se encontró que la media estuvo por arriba del punto medio ($M= 31.22$, $DE= 4.81$), lo que indica que las mujeres refieren encontrarse satisfechas y a gusto consigo mismas, además de que tienen una actitud positiva hacia ellas mismas, también sienten que valen igual que los demás (Apéndice L). En relación a la variable sexismo, la media estuvo muy por encima del punto medio 67.11 ($DE= 11.26$), lo cual indica que las MI, tienen actitudes asociadas a roles sociales restringidos ya que refieren estar de acuerdo que todo hombre debería tener una mujer a quien amar o que deberían ser queridas y protegidas por los hombres (Apéndice M).

En cuanto a la variable conocimiento que las MI tienen sobre el VIH, sida y otras ITS, se obtuvo una media ligeramente por encima del punto medio, lo que indica que las MI tienen conocimiento de que el sida es causado por un virus llamado VIH, que la principal forma de transmisión del VIH es a través de las relaciones sexuales, así mismo, tienen conocimiento que el condón es un método eficaz para evitar la transmisión del VIH, sin embargo respecto al conocimiento general de otras ITS, las MI mencionan que la gonorrea se cura sola en la mayoría de los casos y en cuanto al conocimiento sobre prevención del VIH, mencionan que las pastillas anticonceptivas son eficaces para prevenir la transmisión del VIH en las relaciones sexuales (Apéndice N).

Con respecto a los beneficios percibidos para el uso del condón, se obtuvo una media por arriba del punto intermedio, lo que significa que las MI consideran que con el uso del condón se demuestra interés en proteger la salud de la pareja, y que además es un método preventivo fácil y accesible. En cuanto a las barreras percibidas para el uso del condón, arroja una media ligeramente por encima del punto intermedio, lo que

significa que las MI consideran que para el uso del condón deben tener el acuerdo con la pareja, así como contar con la voluntad del hombre (Apéndice Ñ).

En relación a la autoeficacia percibida para el uso del condón, se encontró una media muy por debajo del punto intermedio, lo que indica que las MI no tienen habilidad para colocarse un condón o ponérselo a su pareja, en relación al uso del condón con aprobación de la pareja, refiere que si tuviera que sugerir a su pareja usar el condón le daría miedo de que la rechazara; en relación al uso del condón bajo influencias de sustancias las MI mencionan que no pueden recordar el uso del condón después de ingerir bebidas alcohólicas. Sin embargo, la asertividad para el uso del condón, arroja una media ligeramente por encima del punto intermedio, lo que indica que las MI refieren tener habilidad para discutir el uso del condón con su pareja (Apéndice O).

En relación a la violencia de pareja, se obtuvo una media muy por debajo del punto medio, sin embargo, es importante señalar que esta media indica, que las MI reportaron que al menos una vez han recibido algún tipo de violencia, siendo la violencia psicológica la que más predomina, ya que mencionan que la pareja se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades, la ha insultado, le ha dicho que es poco atractiva o fea y la ha rebajado y menospreciado. En cuanto a violencia física, las MI expresan haber recibido golpes con el puño o la mano, la empujado intencionalmente, pateado y jaloneado. Respecto a la violencia física severa, las MI se han visto amenazadas con rifle y ha sido quemada con cigarro. En relación a la violencia sexual, las MI han sido amenazadas por su pareja con irse con otras mujeres si no acceden a tener relaciones sexuales, así mismo, su pareja le ha exigido y forzado a tener relaciones sexuales (Apéndice P).

De acuerdo a la conducta sexual en MI, se obtuvo una media ligeramente por encima del punto medio lo que indica que las MI tienen una pareja sexual estable y que nunca utilizan el condón en sus relaciones sexuales.

Estadística descriptiva de las variables

Se muestra la estadística descriptiva y resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para las variables de estudio, donde los resultados muestran que no presentaron una distribución normal (tabla 1).

Tabla 1

Estadística descriptiva y resultado de la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S)

<i>Variable</i>	<i>Descriptivos</i>				<i>Normalidad</i>	
	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Max</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Edad del IVSA	17.75	3.49	11	45	.17	.001
Autoestima	72.41	16.05	16	100	.10	.001
Escolaridad	4.94	3.75	0	12	.09	.001
Sexismo	68.36	17.07	13	100	.04	.033
Conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS	66.71	15.05	19	95	.07	.001
Conocimiento general del VIH	65.46	15.72	0	100	.13	.001
Vías de transmisión del VIH	70.85	17.29	25	100	.15	.001
Prevención del VIH	66.40	32.80	0	100	.23	.001
Otras ITS	52.82	22.10	0	100	.14	.001
Preservativo como método protector	77.97	36.49	0	100	.42	.001
Beneficios percibidos para el uso del condón	76.02	23.92	0	100	.20	.001
Barreras percibidas para el uso del condón	59.59	20.94	5	100	.10	.001
Autoeficacia percibida para el uso del condón	37.28	20.53	2	87	.07	.001

Nota: DE = Desviación estándar, Mín = Mínimo, Max = Máximo, Da = Prueba de normalidad con corrección Lilliefors, $n = 386$

Tabla 1

Estadística descriptiva y resultado de la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S)

(continuación)

<i>Variable</i>	<i>Descriptivos</i>				<i>Normalidad</i>	
	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Max</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Colocación del condón	43.43	28.69	0	100	.10	.001
Uso del condón con aprobación de la pareja	40.24	23.48	0	100	.13	.001
Uso del condón bajo influencia de sustancias	9.80	20.62	0	100	.46	.001
Asertividad	55.66	34.79	0	100	.13	.001
Violencia de pareja	7.64	12.76	0	72	.27	.001
Violencia psicológica	13.66	19.53	0	100	.27	.001
Violencia física	6.64	15.95	0	100	.42	.001
Violencia física severa	.99	3.8	0	33	.51	.001
Violencia sexual	9.26	19.13	0	88	.40	.001
Conducta sexual en MI	68.76	27.34	0	100	.30	.001

Nota: DE = Desviación estándar, Min = Mínimo, Max = Máximo, Da = Prueba de normalidad con corrección Lilliefors, $n = 386$

Consistencia interna de los instrumentos

Se presenta la consistencia de los instrumentos Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965). Inventario de sexismo ambivalente (Glick & Fiske, 1996). Escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (Espada, et al. 2014). Cuestionario de ventajas e inconvenientes en el uso del preservativo con una pareja afectiva heterosexual (Planes, et al. 2012). La Escala de Autoeficacia para el uso del condón (Brafford & Beck, 1991). La Escala de violencia (Valdez, et al. 2006). En estas escalas se realizó prueba de Alfa de Cronbach debido a que sus respuestas son de escala tipo Likert. Los instrumentos presentaron confiabilidad interna aceptable (tabla 2).

Tabla 2
Consistencia interna de los instrumentos

Instrumentos	Reactivos	Alfa de Cronbach
Escala de Autoestima	10	.65
Inventario de Sexismo Ambivalente	22	.79
Escala de conocimiento sobre el VIH y otras ITS	40	.83
Conocimiento general del VIH	10	.60
Vías de transmisión del VIH	12	.62
Prevención del VIH	3	.60
Otras ITS	13	.89
Preservativo como método protector	2	.65
Cuestionario ventajas e inconvenientes del uso del preservativo	18	.69
Beneficios para el uso del condón	9	.85
Barreras para el uso del condón	9	.66
Escala de Autoeficacia para el uso del condón	26	.91
Colocación del condón	12	.87
Uso del condón con aprobación de la pareja	5	.60
Uso del condón bajo influencia de sustancias	2	.68
Asertividad	7	.90
Escala de violencia	19	.90
Violencia psicológica	5	.82
Violencia física	5	.85
Violencia física severa	6	.60
Violencia sexual	3	.75

Nota: n =386

Estadística inferencial

A continuación se presentan las pruebas de correlación que se realizaron, así mismo los modelos de regresión lineal multivariada y univariada de acuerdo al planteamiento de cada uno de los objetivos. Es necesario señalar que para la representación gráfica de la asociación cuantitativa de las variables (Figura 11), para el análisis mixto y la discusión de resultados se utilizaron los resultados de los modelos de regresión lineal con técnica de bootstrap.

El primer objetivo planteó determinar la influencia de la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS sobre la conducta sexual en MI. Por lo que se realizó una prueba de correlación, en la que se

encontró que la conducta sexual en MI tiene relación positiva y significativa con el sexismo ($r_s=.173, p <.001$) y relación negativa y significativa con la escolaridad ($r_s= -.213, p <.001$), con conocimiento general del VIH ($r_s= -.120, p <.018$) y con conocimiento de vías de transmisión del VIH ($r_s= -.104, p <.004$).

Se ajustó un modelo de regresión lineal multivariado, donde se consideró como variables independientes la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo, conocimiento general del VIH, vías de transmisión del VIH, prevención del VIH, otras ITS y preservativo como método protector y la conducta sexual en MI como variable dependiente. El modelo muestra que la escolaridad influye sobre la conducta sexual en MI ($R^2=.016, F_{[9,376]}= 6.140, p <.014$). Este resultado se confirmó con Bootstrap ($b= -.97; IC\ 95\%= -1.79, -. 22\ p <.011$). Se concluye que a más años de escolaridad, mayor es la conducta sexual de riesgo en MI (tabla 3).

Tabla 3

Modelo de regresión de la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con la conducta sexual en MI

Conducta sexual en MI	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	50.61	14.61	-	.001
Edad del IVSA	.270	.40	.035	.507
Autoestima	.097	.092	.057	.294
Escolaridad	-.979	.434	-.135	.025
Sexismo	.135	.088	.085	.126
Conocimiento general del VIH	-.090	.102	-.052	.377
Vías de transmisión del VIH	-.029	.099	-.019	.767
Prevención del VIH	-.002	.047	-.002	.965
Otras ITS	-.080	.071	-.065	.257
Preservativo como método protector	-.021	.039	-.028	.594

Nota: Variable dependiente conducta sexual en MI, *B*=valor de beta no estandarizado, *ES*=Error estándar, *Beta*=valor de beta tipificado, $n=386$

El segundo objetivo plantea identificar si la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimientos sobre del VIH, sida y otras ITS, influyen en los beneficios, barreras y autoeficacia percibidos para el uso del condón. Se realizó la

prueba de correlación, se encontró que los beneficios percibidos para el uso del condón tienen relación positiva y significativa con conocimiento general del VIH ($r_s = .189$, $p < .001$), con conocimiento de vías de transmisión del VIH ($r_s = .130$, $p < .001$), con conocimiento sobre otras ITS ($r_s = .242$, $p < .001$) y con conocimiento del preservativo como método protector ($r_s = .273$, $p < .001$) (tabla 4).

Las barreras percibidas para el uso del condón tienen una relación negativa y significativa con autoestima, escolaridad, conocimiento general del VIH, vías de transmisión del VIH, prevención del VIH y otras ITS ($p < .001$), y una relación positiva y significativa con el sexismo ($p < .001$) (tabla 4). Respecto a la autoeficacia percibida para el uso del condón, se encontraron relaciones muy bajas entre las variables. En cuanto a la colocación del condón, se encontró una relación positiva y significativa con autoestima, escolaridad, conocimiento sobre vías de transmisión del VIH y conocimiento del preservativo como método protector ($p < .001$); con conocimiento general del VIH, una relación positiva y significativa ($p < .05$); con sexismo se encontró una relación negativa y significativa ($p < .001$).

La autoeficacia percibida para el uso del condón con aprobación de la pareja presenta una relación positiva y significativa con escolaridad, conocimiento general del VIH, conocimiento sobre vías de transmisión del VIH, conocimiento sobre prevención del VIH y otras ITS ($p < .001$), y con sexismo presentó una relación negativa y significativa ($p < .001$). En lo que respecta al uso del condón bajo las influencias de sustancias, presenta una relación positiva y significativa con autoestima ($r_s = .196$, $p < .001$); y una relación negativa y significativa con sexismo ($r_s = -.154$, $p < .001$), y con conocimiento sobre prevención del VIH ($r_s = -.138$, $p < .001$).

La asertividad presente una relación positiva y significativa con la autoestima, la escolaridad y con conocimiento sobre vías de transmisión del VIH ($p < .001$); y positiva

y significativamente con conocimiento del preservativo como método protector ($p < .05$); así mismo, una relación negativa y significativa con sexismo ($p < .001$) (tabla 4).

Tabla 4

Matriz de correlación entre edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con beneficios, barreras y autoeficacia percibidos para el uso del condón

Variable	Beneficios	Barreras	Colocación	Aprobación	Sustancias	Asertividad
Edad IVSA	-.015	-.028	-.045	.064	-.022	-.023
Autoestima	-.001	-.182**	.255**	.082	.196**	.258**
Escolaridad	.080	-.172**	.243**	.218**	.033	.253**
Sexismo	-.005	.261**	-.172**	-.177**	-.154**	-.620**
Conocimiento general del VIH	.189**	-.263**	.108*	.182**	-.023	.092
Vías de transmisión del VIH	.130*	-.268**	.187**	.156**	-.022	.175**
Prevención del VIH	.005	-.316**	.006	.225**	-.138**	-.023
Otras ITS	.242**	-.218**	.045	.184**	.061	.081
Preservativo como método protector	.273**	-.041	.158**	-.012	.013	.103*

Nota: * $p < .05$; ** $p < .001$; $n = 386$; Beneficios=Beneficios percibidos para el uso del condón; Barreras=Barreras percibidas para el uso del condón; Colocación= Colocación del condón; Aprobación= uso del condón con aprobación de la pareja; Sustancias=Uso del condón bajo la influencia de sustancias

Se ajustaron tres modelos de regresión lineal multivariada y univariada. En el primer modelo las variables independientes fueron la edad del IVSA, la autoestima, escolaridad, sexismo, conocimiento general del VIH, vías de transmisión del VIH, prevención del VIH, otras ITS y preservativo como método protector, como variable dependiente, los beneficios percibidos para el uso del condón. El modelo muestra que el conocimiento general del VIH, otras ITS y preservativo como método protector, influye sobre los beneficios percibidos para el uso del condón ($R^2 = .20$, $F_{19,376} = 10.826$, $p < .001$). Se concluye que a mayor conocimiento general del VIH, otras ITS y preservativo como

método protector las MI encuentran mayor beneficio percibido para el uso del condón (tabla 5). Este resultado se confirmó con técnica de bootstrap (tabla 6).

Tabla 5

Modelo de regresión de la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con beneficios percibidos para el uso del condón

Beneficios percibidos para el uso del condón	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	51.19	11.55	-	.001
Edad del IVSA	-.318	.322	-.046	.324
Autoestima	-.057	.073	-.039	.432
Escolaridad	-.266	.343	-.042	.439
Sexismo	-.102	.070	-.073	.147
Conocimiento general del VIH	.164	.081	.108	.042
Vías de transmisión del VIH	.074	.079	.054	.346
Prevención del VIH	-.033	.037	-.046	.367
Otras ITS	.229	.056	.212	.000
Preservativo como método protector	.218	.031	.333	.000

Nota: Variable dependiente beneficios percibidos para el uso del condón, *B*= valor de beta no estandarizado, *SE*=Error estándar, *Beta*=valor de beta tipificado, *n*=386

Tabla 6

Modelo de regresión de la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con beneficios percibidos para el uso del condón con "bootstrap"

Beneficios percibidos para el uso del condón	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	51.197	11.818	.001	26.634	73.401
Edad del IVSA	-.318	.295	.260	-.965	.200
Autoestima	-.057	.072	.428	-.191	.083
Escolaridad	-.266	.367	.474	-.966	.470
Sexismo	-.102	.082	.218	-.256	.066
Conocimiento general del VIH	.164	.079	.039	.015	.320
Vías de transmisión del VIH	.074	.089	.417	-.103	.252
Prevención del VIH	-.033	.043	.436	-.117	.052
Otras ITS	.229	.058	.001	.116	.350
Preservativo como método protector	.218	.040	.001	.142	.294

Nota: Variable dependiente beneficios percibidos para el uso del condón, *B*=valor de beta no estandarizado, *SE*=Error estándar, *n*=386

Así mismo, se realizó un modelo de regresión lineal univariado, en el cual, las variables independientes fueron la edad del IVSA, la autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS, como variable dependiente, beneficios percibidos para el uso del condón. El modelo muestra que el conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS influye sobre los beneficios percibidos para el uso del condón ($R^2=.14$, $F_{[5,380]}=12.698$, $p <.001$). Este resultado se confirmó con la técnica de bootstrap ($b= .60$, $IC\ 95\%= .415, .801$, $p <.001$). Se concluye que a mayor conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS, las MI encuentran mayor beneficio percibido para el uso del condón (tabla 7).

Tabla 7

Modelo de regresión de la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con los beneficios percibidos para el uso del condón

Beneficios percibidos para el uso del condón	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	55.28	11.32	-	.001
Edad del IVSA	-.260	.329	-.038	.429
Autoestima	-.093	.074	-.063	.210
Escolaridad	-.438	.340	-.069	.199
Sexismo	-.093	.071	-.066	.194
Conocimiento sobre VIH y otras ITS	.609	.082	.383	.001

Nota: Variable dependiente beneficios percibidos para el uso del condón, *B*= valor de beta no estandarizado, *SE*=Error estándar, *Beta*=valor de beta tipificado, $n=386$

En el segundo modelo se consideró como variables independientes la edad del IVSA, la autoestima, escolaridad, sexismo, el conocimiento general del VIH, vías de transmisión del VIH, prevención del VIH, otras ITS y preservativo como método protector; y como variable dependiente barreras percibidas para el uso del condón. El modelo muestra que el sexismo, el conocimiento general del VIH y el conocimiento de prevención del VIH, influye sobre las barreras percibidas para el uso del condón ($R^2=.19$, $F_{[9,376]}=9.837$, $p <.001$) (tabla 8). Este resultado se confirmó con la técnica de

bootstrap (tabla 9). Se concluye que ante la presencia del sexismo, aumentan las barreras percibidas en las MI para el uso del condón. Por otro lado, si las MI tienen conocimientos general del VIH y conocimiento sobre prevención del VIH, las barreras percibidas para el uso del condón disminuyen.

Tabla 8

Modelo de regresión de la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con barreras percibidas para el uso del condón

Barreras percibidas para el uso del condón	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	83.413	10.213	-	.000
Edad del IVSA	.078	.284	.013	.785
Autoestima	-.124	.065	-.095	.056
Escolaridad	.097	.303	.017	.748
Sexismo	.196	.062	.160	.002
Conocimiento general del VIH	-.182	.071	-.137	.011
Vías de transmisión del VIH	-.076	.069	-.063	.271
Prevención del VIH	-.132	.033	-.206	.000
Otras ITS	-.079	.049	-.084	.110
Preservativo como método protector	.002	.027	.003	.947

Nota: Variable dependiente barreras percibidas para el uso del condón, *B*=valor de beta no estandarizada, *SE*=Error estándar, *Beta*=valor de beta tipificada, *n*=386

Tabla 9

Modelo de regresión de la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con barreras percibidas para el uso del condón con "bootstrap"

Barreras percibidas para el uso del condón	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	83.413	9.747	.001	62.946	101.352
Edad del IVSA	.078	.283	.770	-.433	.675
Autoestima	-.124	.069	.082	-.262	.008
Escolaridad	.097	.320	.794	-.531	.719
Sexismo	.196	.062	.002	.081	.318
Conocimiento general del VIH	-.182	.070	.008	-.320	-.041
Vías de transmisión del VIH	-.076	.071	.291	-.219	.065

(continúa)

Tabla 9

Modelo de regresión de la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con barreras percibidas para el uso del condón con "bootstrap" (continuación)

Barreras percibidas para el uso del condón	Bootstrap				
	B	SE	p	IC 95%	
				Inferior	Superior
Prevención del VIH				-.191	-.072
Otras ITS	-.079	.053	.139	-.183	.024
Preservativo como método protector	.002	.027	.942	-.051	.058

Nota: Variable dependiente barreras percibidas para el uso del condón, *B*=valor de beta no estandarizada, *SE*=Error estándar, *n*=386

Así también, se realizó un modelo de regresión lineal univariado, en el cual, las variables independientes fueron la edad del IVSA, la autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento del VIH, sida y otras ITS, como variable dependiente, las barreras percibidas para el uso del condón. El modelo muestra que la autoestima, el sexismo y el conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS, influye sobre las barreras percibidas para el uso del condón ($R^2=.16$, $F_{[5,380]}=14.548$, $p < .001$) (tabla 10). Resultado que se confirmó con la técnica de bootstrap (tabla 11). Se concluye que a mayor sexismo, aumentan las barreras percibidas para el uso del condón. Por otro lado, la autoestima y conocimiento del VIH, sida y otras ITS disminuyen las barreras percibidas para el uso del condón.

Tabla 10

Modelo de regresión de la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con barreras percibidas para el uso del condón

Barreras percibidas para el uso del condón	B	SE	Beta	p
Constante	79.879	9.811	-	.001
Edad del IVSA	.137	.285	.023	.631
Autoestima	-.132	.064	-.101	.040
Escolaridad	-.051	.294	-.009	.862
Sexismo	.207	.062	.169	.001
Conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS	-.405	.071	-.291	.001

Nota: Variable dependiente barreras percibidas para el uso del condón, *B*= valor de beta no estandarizado, *SE*=Error estándar, *Beta*=valor de beta tipificado, *n*=386

Tabla 11

Modelo de regresión de edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con barreras percibidas para el uso del condón con “bootstrap”

Barreras percibidas para el uso del condón	Bootstrap				
	B	SE	p	IC 95%	
				Inferior	Superior
Constante	70.879	9.472	.001	60.403	98.046
Edad del IVSA	.137	.286	.611	-.428	.710
Autoestima	-.132	.067	.049	-.263	.001
Escolaridad	-.051	.302	.867	-.653	.545
Sexismo	.207	.063	.001	.080	.331
Conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS	-.405	.066	.001	-.537	-.275

Nota: Variable dependiente barreras percibidas para el uso del condón, *B*=valor de beta no estandarizada, *SE*=Error estándar, *n*=386

En el tercer modelo ajustado se consideró como variables independientes la edad del IVSA, la autoestima, escolaridad, sexismo, el conocimiento general del VIH, vías de transmisión del VIH, prevención del VIH, otras ITS y preservativo como método protector; y como variable dependiente la autoeficacia percibida para el uso del condón. El modelo muestra que la autoestima, la escolaridad, el sexismo, la prevención del VIH, otras ITS y preservativo como método protector, influye sobre la autoeficacia percibida para el uso del condón ($R^2=.17$, $F_{[9,376]}=8.528$, $p <.001$) (tabla 12). Resultado que se confirmó con la técnica de bootstrap (tabla 13). Se concluye que a mayor autoestima, años de escolaridad y conocimiento sobre otras ITS y preservativo como método protector, mayor es la autoeficacia percibida en las MI para el uso del condón. Así mismo, la autoeficacia percibida para el uso del condón disminuye con la presencia de sexismo y con conocimiento de la prevención de VIH.

Tabla 12

Modelo de regresión de edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con autoeficacia percibida para el uso del condón

Autoeficacia percibida para el uso del condón	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	24.442	10.144	-	.016
Edad del IVSA	-.550	.283	-.094	.052
Autoestima	.281	.064	.220	.001
Escolaridad	.972	.301	.178	.001
Sexismo	-.145	.061	-.121	.019
Conocimiento general del VIH	.022	.071	.017	.751
Vías de transmisión del VIH	.024	.069	.020	.730
Prevención del VIH	-.077	.033	-.123	.019
Otras ITS	.097	.049	.104	.049
Preservativo como método protector	.054	.027	.096	.044

Nota: Variable dependiente autoeficacia percibida para el uso del condón, *B*=valor de beta no estandarizada, *SE*=Error estándar, *Beta*=valor de beta tipificado, *n*=386

Tabla 13

Modelo de regresión de la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con autoeficacia percibida para el uso del condón con “bootstrap”

Autoeficacia percibida para el uso del condón	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	24.442	9.730	.014	5.481	43.414
Edad del IVSA	-.550	.258	.028	-1.114	-.087
Autoestima	.281	.062	.001	.163	.400
Escolaridad	.972	.306	.003	.385	1.591
Sexismo	-.145	.063	.020	-.271	-.019
Conocimiento general del VIH	.022	.067	.739	-.106	.158
Vías de transmisión del VIH	.024	.071	.739	-.115	.159
Prevención del VIH	-.077	.031	.011	-.137	-.015
Otras ITS	.097	.055	.083	.013	.202
Preservativo como método protector	.054	.027	.047	.002	.108

Nota: Variable dependiente autoeficacia percibida para el uso del condón, *B*= valor de beta no estandarizada, *SE*=Error estándar, *n*=386

Se realizó un modelo de regresión lineal univariado, en el cual, las variables independientes fueron edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS, como variable dependiente autoeficacia percibida para el

uso del condón. El modelo muestra que la autoestima, escolaridad y sexismo, influye sobre la autoeficacia percibida para el uso del condón ($R^2=.14$, $F_{[5,380]}=12.730$, $p < .001$) (tabla 14). Resultado que se confirmó con técnica de bootstrap (tabla 15). Por lo que se concluye, que a mayor autoestima y años de escolaridad, las MI aumentan la autoeficacia percibida para el uso del condón. Por el contrario, el sexismo disminuye la autoeficacia percibida para el uso del condón.

Tabla 14

Modelo de regresión de la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con autoeficacia percibida para el uso del condón

Autoeficacia percibida para el uso del condón	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	28.786	9.718	-	.003
Edad del IVSA	-.553	.282	-.094	.051
Autoestima	.265	.064	.207	.001
Escolaridad	.945	.292	.173	.001
Sexismo	-.148	.061	-.123	.016
Conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS	.069	.070	.051	.324

Nota: Variable dependiente autoeficacia percibida para el uso del condón, *B*=valor de beta no estandarizada, *SE*=Error estándar, *Beta*=valor de beta tipificado, *n*=386

Tabla 15

Modelo de regresión de la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con autoeficacia percibida para el uso del condón con "bootstrap"

Autoeficacia percibida para el uso del condón	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	28.786	9.152	.002	10.274	47.278
Edad del IVSA	-.553	.251	.029	-1.106	-.096
Autoestima	.265	.061	.001	.150	.388
Escolaridad	.945	.295	.001	.367	1.503
Sexismo	-.148	.063	.024	-.266	-.022
Conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS	.069	.071	.337	-.069	.208

Nota: Variable dependiente autoeficacia percibida para el uso del condón, *B*= valor de beta no estandarizada, *SE*=Error estándar, *n*=386

En el tercer objetivo se identificó el efecto de los beneficios, barreras y autoeficacia percibidos para el uso del condón sobre la conducta sexual en MI. Se realizó la prueba de correlación, en la cual, se encontró una relación negativa y significativa de la conducta sexual en MI con la autoeficacia para la colocación del condón ($r_s = -.261, p < .001$) y con la asertividad ($r_s = -.258, p < .001$).

Se ajustó un modelo de regresión lineal multivariado, donde se consideró como variables independientes beneficios percibidos para el uso del condón, barreras percibidas para el uso del condón, autoeficacia para colocación del condón, para uso del condón con aprobación de la pareja, uso del condón bajo influencia de sustancias y asertividad, y conducta sexual en MI como variable dependiente. El modelo muestra que la conducta sexual en MI, no se correlacionó con ninguna de las variables independientes (tabla 16). Por lo que se realizó un ajuste al modelo con el método backward, el cual elimina una a una las variables según su capacidad explicativa sobre la variable dependiente. Los resultados muestran que el modelo consideró una variable de seis introducidas al análisis, en la cual se excluyeron cinco variables: beneficios percibidos para el uso del condón, barreras percibidas para el uso del condón, uso del condón con aprobación de la pareja, uso del condón bajo influencia de sustancias y asertividad. Siendo el modelo significativo ($F_{[1,384]} = 4.978, p < .026$), explicando la varianza en 1.3%. El resultado se confirmó con técnica bootstrap ($b = -.108; IC\ 95\% = -.199, -.014, p < .024$). Se concluye que a mayor autoeficacia para la colocación del condón la conducta sexual de riesgo en las MI aumenta.

Tabla 16

Modelo de regresión de los beneficios, barreras y autoeficacia percibidos para el uso del condón con conducta sexual en MI

Conducta sexual en MI	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	68.686	6.955	-	.001
Beneficios percibidos para el uso del condón	.047	.061	.041	.444
Barreras percibidas para el uso del condón	.022	.068	.017	.745
Autoeficacia para colocación del condón	-.091	.097	-.095	.352
Colocación del condón con aprobación de la pareja	.035	.065	.030	.593
Uso del condón bajo influencia de sustancias	.108	.072	.081	.133
Asertividad	-.059	.078	-.076	.444

Nota: Variable dependiente conducta sexual en MI, *B*=valor de beta no estandarizada, *SE*=Error estándar, *Beta*=valor de beta tipificado, *n*=386

El cuarto objetivo permitió establecer si la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS, influyen en la violencia de pareja. Se realizó una prueba de correlación, en la cual, se reporta que la violencia psicológica tiene una relación positiva y significativa con el conocimiento que las MI tienen de otras ITS ($r_s = .118, p < .020$), así mismo, negativo y significativo con la autoestima ($r_s = -.250, p < .001$). La violencia física, presentó una relación negativa y significativa con la edad de la IVSA ($r_s = -.145, p < .004$) y autoestima ($r_s = -.213, p < .001$). La violencia física severa tiene una relación negativa y significativa con la autoestima ($r_s = -.145, p < .004$). Finalmente la violencia sexual presentó una relación negativa y significativa con la edad de la IVSA ($r_s = -.108, p < .034$), con la autoestima ($r_s = -.262, p < .001$) y con la escolaridad ($r_s = -.124, p < .015$).

Se ajustó un modelo de regresión lineal multivariado, donde se consideró como variables independientes la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo, conocimiento general del VIH, vías de transmisión del VIH, prevención del VIH, otras ITS y preservativo como método protector, y como variable dependiente violencia de pareja. El modelo muestra que la autoestima influye sobre la violencia de pareja ($R^2 = .063, F_{[9,376]} = 2.805, p < .003$) (tabla 17). Resultado que se confirma con la técnica

bootstrap (tabla 18). Se concluye que a mayor autoestima en las MI, la violencia de pareja disminuye.

Tabla 17

Modelo de regresión de edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con violencia de pareja

Violencia de pareja	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	19.269	6.698	-	.004
Edad del IVSA	-.211	.187	-.058	.258
Autoestima	-.167	.042	-.209	.001
Escolaridad	-.240	.199	-.071	.228
Sexismo	-.010	.041	-.013	.808
Conocimientos sobre VIH	.016	.047	.020	.728
Conocimientos sobre la transmisión del VIH	.018	.046	.024	.694
Conocimientos sobre la prevención del VIH	.013	.021	.033	.547
Conocimientos sobre otras ITS	.012	.032	.020	.717
Conocimientos sobre el condón	.029	.018	.082	.108

Nota: Variable dependiente violencia de pareja, *B*=valor de beta no estandarizado, *ES*=Error estándar, *Beta*=valor de beta tipificado, *n*=386

Tabla 18

Modelo de regresión de edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con violencia de pareja con "bootstrap"

Violencia de pareja	<i>Bootstrap</i>			<i>IC 95%</i>	
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	19.269	6.846	.007	6.246	33.207
Edad del IVSA	-.211	.255	.387	-.754	.259
Autoestima	-.167	.050	.002	-.270	-.070
Escolaridad	-.240	.182	.181	-.601	.106
Sexismo	-.010	.034	.771	-.074	.061
Conocimientos sobre VIH	.016	.040	.681	-.060	.099
Conocimientos sobre la transmisión del VIH	.018	.042	.661	-.064	.101
Conocimientos sobre la prevención del VIH	.013	.021	.540	-.026	.055
Conocimientos sobre otras ITS	.012	.031	.711	-.047	.071
Conocimientos sobre el condón	.029	.014	.036	.001	.055

Nota: Variable dependiente violencia de pareja, *B*=valor de beta no estandarizado, *SE*=Error estándar, *n*=386

Se ajustó un modelo de regresión lineal univariado, donde se consideró como variables independientes la edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS, y como variable dependiente violencia de pareja. El modelo muestra que la autoestima y los conocimientos sobre el VIH, sida y otras ITS influyen sobre la violencia de pareja ($R^2=.062$, $F_{15,380}=5.006$, $p < .001$) (tabla 19). El resultado se confirmó con técnica bootstrap (tabla 20). Se concluye que a mayor autoestima en las MI, la violencia de pareja disminuye. Así mismo, a mayor conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS la violencia de pareja aumenta.

Tabla 19

Modelo de regresión de edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con violencia de pareja

Violencia de pareja	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	18.836	6.323	-	.003
Edad del IVSA	-.202	.183	-.055	.271
Autoestima	-.167	.041	-.210	.001
Escolaridad	-.262	.190	-.077	.168
Sexismo	-.007	.040	-.009	.859
Conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS	.094	.046	.011	.041

Nota: Variable dependiente violencia de pareja, *B*=valor de beta no estandarizado, *SE*=Error estándar, *Beta*=valor de beta tipificado, $n=386$

Tabla 20

Modelo de regresión de edad del IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo y conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS con violencia de pareja

Violencia de pareja	<i>Bootstrap</i>			<i>IC 95%</i>	
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	18.836	6.230	.003	7.022	31.474
Edad del IVSA	-.202	.250	.429	-.732	.252
Autoestima	-.167	.049	.001	-.270	-.078
Escolaridad	-.262	.177	.133	-.612	.100
Sexismo	-.007	.034	.845	-.073	.059
Conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS	.094	.043	.031	.011	.179

Nota: Variable dependiente violencia de pareja, *B*=valor de beta no estandarizado, *SE*=Error estándar, $n=386$

El quinto objetivo identificó si la violencia de pareja tiene efecto sobre la conducta sexual en MI. Se encontró que hay una relación negativa y significativa de la violencia psicológica ($r_s = -.131$, $p < .010$) y la violencia física ($r_s = -.121$, $p < .018$) con la conducta sexual en MI.

Se ajustó un modelo de regresión lineal multivariado, donde se consideró como variables independientes la violencia psicológica, física, física severa y sexual, y como variable dependiente la conducta sexual en las MI. El resultado muestra que la violencia psicológica tiene efecto en la conducta sexual en MI ($R^2 = .026$, $F_{[4,381]} = 2.554$, $p < .039$) (tabla 21), Resultado que se confirmó a través de la técnica de bootstrap (tabla 22). Se concluye que a mayor violencia psicológica se presenta una conducta sexual de riesgo en MI.

Tabla 21

Modelo de regresión de violencia de pareja con la conducta sexual en MI

Conducta sexual en MI	<i>B</i>	<i>ES</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	71.230	1.704	-	.001
Violencia psicológica	-.264	.112	-.188	.020
Violencia física	-.005	.148	-.003	.973
Violencia física severa	-.278	.455	-.039	.541
Violencia sexual	.156	.106	.109	.143

Nota: Variable dependiente conducta sexual en MI, *B*= valor de beta no estandarizado, *ES*=Error estándar, *Beta*=valor de beta tipificado, $n=386$

Tabla 22

Modelo de regresión de violencia de pareja con la conducta sexual en MI con "bootstrap"

Conducta sexual en MI	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	71.230	1.696	.001	67.717	74.482
Violencia psicológica	-.264	.114	.021	-.477	-.030
Violencia física	-.005	.152	.975	-.326	.281
Violencia física severa	-.278	.536	.580	-.1.401	.722
Violencia sexual	.156	.108	.148	-.069	.365

Nota: Variable dependiente conducta sexual en MI, *B*= valor de beta no estandarizada, *SE*=Error estándar, $n=386$

Se ajustó un modelo de regresión lineal univariado, donde se consideró como variable independiente la violencia de pareja y como variable dependiente la conducta sexual en MI. El modelo mostró relación significativa de la violencia de pareja con la conducta sexual en MI ($R^2 = .010$, $F_{[1,384]} = 3.962$, $p < .047$). Resultado que se confirmó a través de la técnica de bootstrap ($b = -.216$; $IC\ 95\% = -.488, -.013$, $p < .047$). Se concluye que a mayor violencia de pareja se presenta una conducta sexual de riesgo en MI.

El objetivo general explicó la relación entre la conducta previa relacionada (edad del IVSA), factores psicológicos (autoestima); socio-culturales (escolaridad, sexismo y conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS), beneficios, barreras y autoeficacia percibidos para el uso del condón e influencias interpersonales (violencia de pareja) que influyen en la conducta sexual en MI. Se ajustó un modelo de regresión lineal univariado, donde se consideró como variables independientes edad de la IVSA, autoestima, escolaridad, sexismo, conocimiento sobre el VIH, sida y otras ITS, beneficios, barreras y autoeficacia percibidos para el uso del condón y violencia de pareja; como variable dependiente conducta sexual en MI. El resultado muestra que el modelo no fue significativo ($R^2 = .040$, $F_{[9,376]} = 1.735$, $p < .079$) (tabla 23). Por lo que se realizó un ajuste al modelo con el método backward, el cual elimina una a una las variables según su capacidad explicativa sobre la variable dependiente. Los resultados muestran que el modelo considero dos variables de nueve introducidas al análisis en la cual se excluyeron la edad de la IVSA, autoestima, sexismo, conocimiento sobre VIH y otras ITS, beneficios, barreras y autoeficacia percibidos para el uso del condón. Por lo que se realizó otro modelo de regresión lineal univariado, donde, las variables independientes fueron la escolaridad y la violencia de pareja y como variable dependiente la conducta sexual en MI, el resultado presenta un modelo significativo ($R^2 = .040$, $F_{[2,383]} = 5.596$, $p < .004$) (tabla 24). Al confirmar este resultado con técnica bootstrap (tabla 25). Se identificó que la escolaridad se relaciona con la conducta sexual,

por lo que se concluye que a mayor años de escolaridad la conducta sexual de riesgo en las MI aumenta.

Tabla 23

Modelo de regresión de la conducta previa relacionada, factores psicológicos y socioculturales, beneficios, barreras y autoeficacia percibidos para el uso del condón e influencias interpersonales con la conducta sexual en MI

Conducta sexual en MI	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	54.143	15.460	-	.001
Edad del IVSA	.165	.402	.021	.683
Autoestima	.082	.095	.048	.388
Escolaridad	-.903	.423	-.124	.033
Sexismo	.109	.088	.068	.217
Conocimiento sobre VIH y otras ITS	.050	.112	.028	.654
Beneficios percibidos para el uso del condón	.055	.065	.048	.399
Barreras percibidas para el uso del condón	.010	.072	.008	.886
Autoeficacia percibidas para el uso del condón	-.095	.076	-.072	.213
Violencia de pareja	-.244	.112	-.114	.030

Nota: Variable dependiente conducta sexual en MI, *B*= valor de beta no estandarizado, *SE*=Error estándar, *Beta*=valor de beta tipificado, *n*=386

Tabla 24

Modelo de regresión de factores socioculturales e influencias interpersonales con la conducta sexual en MI

Conducta sexual en MI	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Beta</i>	<i>p</i>
Constante	75.475	2.478	-	.001
Escolaridad	-.985	.368	-.135	.008
Violencia de pareja	-.242	.108	-.113	.026

Nota: Variable dependiente conducta sexual en MI, *B*= valor de beta no estandarizado, *SE*=Error estándar, *Beta*=valor de beta tipificado, *n*=386

Tabla 25

Modelo de regresión de factores socioculturales e influencias interpersonales con la conducta sexual en MI con "bootstrap"

Conducta sexual en MI	<i>Bootstrap</i>				
	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>p</i>	<i>IC 95%</i>	
				<i>Inferior</i>	<i>Superior</i>
Constante	75.475	2.466	.001	70.395	80.056
Escolaridad	-.985	.369	.007	-1.691	-.225
Violencia de pareja	.242	.126	.054	-.500	.008

Nota: Variable dependiente conducta sexual en MI, *B*= valor de beta no estandarizada, *SE*=Error estándar, *n*=386

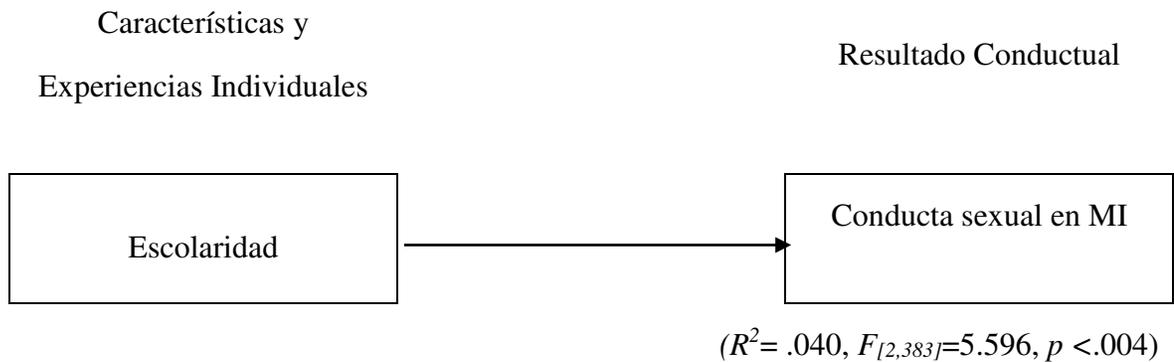


Figura 11. Representación gráfica de la relación directa con la conducta sexual en MI

Modelo de conducta sexual en mujeres indígenas (M-COSEXMI)

Los conceptos del MPS de Nola J. Pender (2011), permitieron explicar la conducta sexual en MI, a través la conducta previa relacionada (edad del IVSA), factores psicológicos (autoestima); socio-culturales: (escolaridad, sexismo y conocimientos sobre el VIH, sida y otras ITS), beneficios, barreras y autoeficacia percibidos (para el uso del condón) e influencias interpersonales (violencia de pareja), resultado conductual (conducta sexual en MI).

En la figura (11) se presenta el modelo final, el cual permitió identificar las variables que influyen en la conducta sexual en MIA continuación se presentan las proposiciones teóricas que se confirmaron

1. La escolaridad influye en la conducta sexual de las MI.
2. Los conocimientos sobre el VIH, sida y otras ITS influyen en los beneficios, barreras y autoeficacia percibidos para el uso del condón.
3. El sexismo influye en las barreras y autoeficacia percibidos para el uso del condón.
4. La autoestima y escolaridad influyen en la autoeficacia percibida para el uso del condón

5. La autoeficacia percibida para el uso del condón influye en la conducta sexual en MI
6. La autoestima influye en la violencia de pareja.
7. La violencia de pareja (violencia psicológica) influye en la conducta sexual en MI.

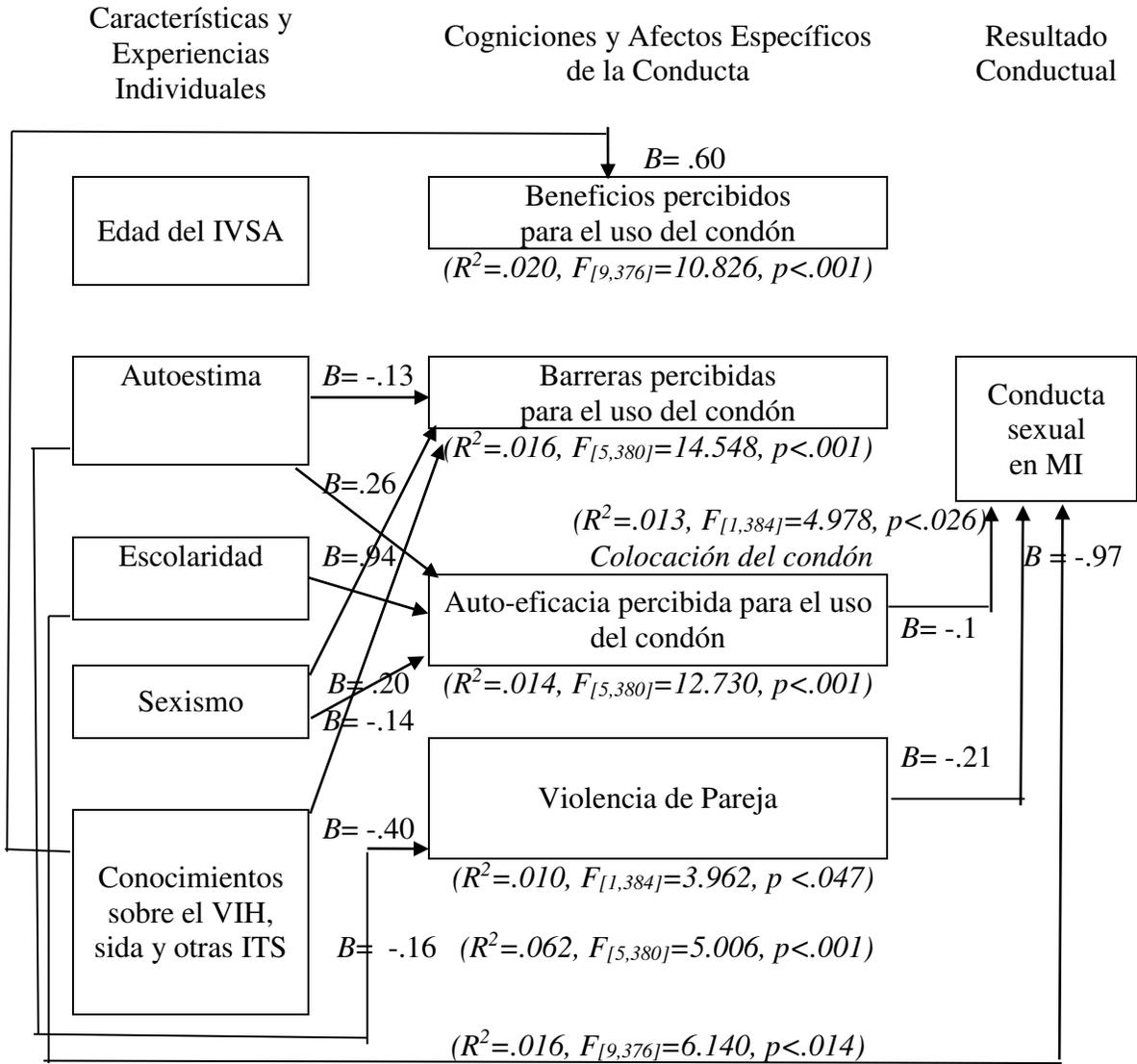


Figura 12. Representación gráfica de asociación cuantitativa entre variables

Fase cualitativa

A continuación se presentan los resultados de la fase cualitativa, la cual se realizó a través del análisis temático que consiste en seis pasos (Braun & Clarke, 2006). El primer paso permitió la familiarización de los datos de cada uno de los registros. Por lo que a partir del programa MAXQDA v12, se realizaron y afinaron las transcripciones, del mismo modo se revisó la ortografía y signos de puntuación para la comprensión de las entrevistas.

En el segundo paso se generaron los códigos iniciales a partir de la identificación de las características de los datos, por lo fue necesario realizar una lista inicial general de temas con base en los contenidos, se consideró como referencia la figura 10 del apartado de metodología. De los códigos iniciales se observaron las diferencias y similitudes en la información, se agruparon de acuerdo con características similares para destacar grupos.

En el tercer paso, al tener definidos los códigos, se buscó la relación entre estos agrupándolos por temas y subtemas, se realizaron mapas mentales lo que permitió integrar los temas (categorías) encontradas. Para el proceso de generación de categorías se realizó de manera deductiva e inductiva, es decir, por un lado las categorías emergieron de las lecturas de las entrevistas y por el otro lado se consideraron los conceptos del modelo propuesto. En el cuarto paso se realizó una segunda revisión de los temas (categorías) encontrados con base en los códigos agrupados, lo que permitió un refinamiento, identificación y distinciones claras entre los temas (categorías).

En el quinto paso de acuerdo al alcance de la investigación y en relación a cada uno de los temas (categorías), se definieron los códigos (subcategorías), los cuales se describen en el libro de códigos (apéndice Q). Finalmente en el paso seis se presentan los resultados encontrados (Figuras 12 y 13).

De acuerdo a las características sociodemográficas, la submuestra estuvo conformada por 11 participantes de entre 18 a 60 años, de las cuales nueve se encuentran

en edad reproductiva (18 a 44 años). Siete iniciaron su vida sexual antes de los 17 años. En cuanto a la escolaridad, se encontró que seis concluyeron la secundaria, dos la primaria y tres no cursaron ningún año escolar. Con base en los factores que influyen en la conducta sexual de las MI, se identificaron tres categorías con sus respectivas subcategorías y códigos vivos.

Categoría 1: Información sobre VIH, sida y otras ITS

Se refiere a la información que las participantes comentaron sobre lo que saben del VIH, sida y otras ITS. De acuerdo a los testimonios, esta categoría incluye cuatro subcategorías: no tiene información sobre VIH, sida y otras ITS, identifica riesgo de exposición y/o contagio, así también, algunas participantes presentan interés sobre estos temas. Expresan pena y vergüenza para resolver dudas.

Subcategoría 1: No tiene información sobre VIH, sida y otras ITS

En esta subcategoría las participantes manifiestan no tener información, falta de claridad acerca del VIH, sida y otras ITS o no recordar sobre estos temas. La información que manifestaron algunas participantes fue sobre cómo se pueden contagiar, desinformación sobre los síntomas, las participantes intentan recordar la información que tienen sobre estos problemas de salud: *“No, yo no conozco que es eso”* MI9, 51 años, IVSA 15 años, sin escolaridad. *“El ¿sida? es algo malo, pero no tengo mucha información sobre eso”* MI3, 30 años, IVSA 23 años, primaria.

“Pues creo que ya me lo han comentado, pero ya no me acuerdo de bien” MI2, 42 años, IVSA 14, sin escolaridad. *“Y eso de las enfermedades, pues yo no sé nada, solo sé que el VIH se contagia por sexualidad”* MI8, 32 años, IVSA 16 años, 5to primaria.

“Pues es el virus, hay ya no me acuerdo como es la otra palabra, pero si lo he escuchado en el hospital” MI11, 29 años, IVSA 21, secundaria. *“Bien poquito, pues sé que nada más es una infección, igual de transmisión sexual, por hacerlo así, o como se llama [...] por contacto de sangre directo, pues es lo que sé pero de ahí sé que es muy*

fuerte pues, porque no es curable, porque es mortal, nada más. Si nada más ahí sé. ¿El VIH?, supuestamente el VIH, según yo sé, el VIH, son los primeros síntomas para llegar al sida, o es al revés?” MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria.

Algunas mujeres mencionaron algunos síntomas acerca del VIH, sida y otras ITS, sobre lo que saben o han escuchado: *“pues es muy peligroso esa enfermedad [...] pues porque si tiene relaciones sexuales sin protección le puede dar la enfermedad del sida, que luego dice que vienen dolores de cabeza, diarreas, fiebres se enflacan” MI7, 37 años, IVSA 17, secundaria. “Este, pues creo que se sienten cansadas, nada más duermen, ya no les dan ganas de comer, y hasta ahí nada más” MI2, 42 años, IVSA 14, sin escolaridad. “Ya no tienen hambre, dejan de comer, les da flojera, sienten escalofrió” MI5, 45 años, IVSA 18 años, sin escolaridad. “Pues mucha comezón, ardor en la parte íntima” MI10, 21 años, IVSA 16, secundaria.*

Otras participantes desconocen los síntomas que puede tener una persona con VIH, sida y otras ITS: *“No, la verdad no sé nada, he visto en la tele que se les pone la piel amarilla o algo así pero la verdad no se” MI4, 32 años, IVSA 16 años, secundaria. “No, es que yo veo poca tele” MI6, 27 años, IVSA 24 años, primaria. “No, pues yo digo, a lo mejor si yo estoy con una pareja y a lo mejor me tiene confianza, a lo mejor y me lo diga o a lo mejor y no” MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria.*

Subcategoría 2: Identifica riesgo de exposición/contagio del VIH, sida y otras ITS

Algunas participantes identifican que uno de los mecanismos de exposición al riesgo/contagio sobre VIH, sida y otras ITS, es a través de relaciones sexuales sin protección: *“pues de que se van con otro señor y no usan condón, bueno digo yo” MI5, 45 años, IVSA 18 años, sin escolaridad. “porque bueno, el sida, sé que se transmite, por ejemplo si una persona o un hombre ya lo tiene y va con una persona y se contagia ¿no? pues nada más hasta ahí sé” MI2, 42 años, IVSA 14, sin escolaridad.*

“Todas las personas que tienen sexo sin protección” MI8, 32 años, IVSA 16 años, 5to primaria. *“Pues es un contagio, que se transmite por relaciones sexuales y si no se detecta a tiempo puede causar la muerte”* MI10, 21 años, IVSA 16, secundaria. *“¿El sida?, pues como venía nada más a la secundaria yo, pues nada más nos platicaban que se transmite nada más por relaciones sexuales, no de que saludando, dando un saludo de mejilla, no nos vamos a contagiar de eso, que solamente se contagia por transmisiones sexuales, solo por sexo”* MI11, 29 años, IVSA 21, secundaria. *“Los que tienen muchas relaciones y no se cuidan”* MI3, 30 años, IVSA 23 años, primaria. *“Si tiene relaciones sexuales sin protección le puede dar la enfermedad del sida”* MI7, 37 años, IVSA 17, secundaria.

Subcategoría 3: Interés sobre VIH, sida y otras ITS

Algunas participantes comentan que la información que tiene sobre VIH, sida e ITS es porque asiste a pláticas: *“En esta escuela cuando nos dan pláticas [...] le digo luego yo así voy a las pláticas, le digo a mi esposo, siquiera pregúntame [...] ahorita porque ya te platicué pues de que hay muchas enfermedades de transmisión sexual es cuando ya quieres ir al doctor [...] pero es que yo nada más estoy yendo le digo y tu no. Es como le digo tú tienes que usarlo aunque no te guste, le digo ahora sí que no lo hagas por gusto, ahora sí, si no para cuidarte”* MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria. *“Lo poquito que sé, es porque lo han platicado aquí en las pláticas, pero creo que también me da vergüenza o la gente no se presta como para que nos expliquen más a fondo en las pláticas del prospera”* MI8, 32 años, IVSA 16 años, 5to primaria.

Subcategoría 4: Expresan vergüenza para resolver dudas

La mayor parte de las participantes al asistir a una plática de salud si tienen alguna duda, no la resuelven, por miedo, pena, vergüenza o preocupación por lo que dirán o pensarán las demás personas: *“Cuando hay pláticas pues vamos varios y le digo que así son las mujeres, son muy criticonas [...] luego si hacemos preguntas, le digo*

como que la gente nada más se nos queda viendo, así como ¿qué le está pasando?, ¿tiene esto?, ¿tiene aquello?, [...], y pues por eso yo digo, pues si voy a ir, y luego si nos dicen [...], tienen dudas, pero mejor me las resguardo” MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria.

“Me dio pena, y luego dicen ¡hay seguramente ya tuvo que ver con alguien!, por eso pregunta” MI4, 32 años, IVSA 16 años, secundaria. *“Nos da vergüenza porque hay muchas ahí, si me da vergüenza y no pregunto no voy a aprender nunca, me da vergüenza porque ahí están muchas señoras y si me escuchan van a ir a platicar a otro lado y van a decir: ¡esa señora está enferma!”* MI5, 45 años, IVSA 18 años, sin escolaridad. *“No, porque les da vergüenza, porque se agachan, no dicen lo que piensan”* MI8, 32 años, IVSA 16 años, 5to primaria

Categoría 2: Razones del uso y no uso del condón

Se refiere a los motivos del porque las participantes usan y no usan el condón. Esta categoría incluye las barreras que se presentan: como el que la pareja de la participante no quiere usar condón, el que la participante manifieste que no le gusta usarlo o bien que confía en su pareja, además el haber presentado infecciones vaginales. Así como los beneficios y autoeficacia sobre el uso del condón como la información que tienen sobre el condón y su colocación, además de ser la participante quien propone el uso del condón.

Subcategoría 1: La pareja no quiere usar condón

Las participantes mencionan que el uso del condón se limita a que si su pareja accede a usarlo y las respuestas que han encontrado de su pareja es que no quiere y no le gusta usar condón: *“una vez pues sí lo hicimos pero me dice, es que a mí no me gusta [...] a mí esposo no le gusta y además porque si tú eres mi mujer [...] yo tengo que hacerlo así, yo pienso que así es mejor, si yo uso el condón a lo mejor es con otras personas. Nuestras parejas no quieren, por ejemplo, yo veo al mío no quiere [...] y él*

dice, no porque así me siento como si lo estuviera haciendo con una cualquiera y tú eres mi mujer” MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria. “No sé, de hecho yo le comentaba, él me dice: ¡no, yo no voy a usar condón!. Pero de todos modos igual no sé dónde se anda metiendo él, porque todavía tengo una receta de que él se andaba curando porque tenía una infección y él me dijo tú me la pusiste [...] pero ya ve que los hombres son bien machistas y no quieren usarlo[...] ¡cómo crees que me lo voy a poner, yo no me lo voy a poner, que se lo pongan los demás! Porque aunque tú te quieras cuidar, ellos no te quieren cuidar” MI3, 30 años, IVSA 23 años, primaria.

“Cuando tenemos relaciones no usamos condón, porque no se lo quiere poner el marido [...] pero no, nomás no, me dice: ¡haber comete una paleta con papel a ver a que te sabe!, pues no, no quiere” MI5, 45 años, IVSA 18 años, sin escolaridad. “Pero luego le decía yo ponte el condón, y él me decía: ¡no!, y luego así anda de perro y luego así llega otra vez aquí, [...] dice es que no así no se siente bonito” MI7, 37 años, IVSA 17, secundaria. “Pero mi esposo dice yo para que quiero eso, no lo necesito, le digo voy a pedir allá con las enfermeras [...] dice que para que lo quiero, que él no lo necesita... porque él no anda con otra mujer [...] pues según, quien sabe” MI9, 51 años, IVSA 15 años, sin escolaridad.

“El marido no quiere usar condón, dicen: ¿porque si yo soy tu marido?, ¿haber porque lo voy a usar?, o que ¿andas revolcándote?, a mí me lo dice, le digo tengo que usar condón porque tú me contagiaste de algo, yo sé que yo no he estado con alguien, pero yo por eso te lo pido [...] él sí dice que con condón no es lo mismo, que no le gusta y aparte de eso, dice: ¡no voy a usarlo porque eres mi esposa, no eres una ramera!” MI8, 32 años, IVSA 16 años, 5to primaria.

Subcategoría 2: No le gusta usar condón a la MI

La participante menciona que no podría describir cual es la sensación de usar el condón, sin embargo, a pesar de que en algún momento consideró su uso, no le gustó o

le generó molestias e incomodidad: *“Es que a mí no me gusta”* MI3, 30 años, IVSA 23 años, primaria. *“A veces no me gusta [...] pos nada, no más que simplemente no me gusta, a veces si siento raro por dentro, no sé qué cosa siento pero si siento raro”* MI6, 27 años, IVSA 24 años, primaria. *“No siento lo mismo, siento raro y francamente así no me gusta”* MI11, 29 años, IVSA 21, secundaria. *“Porque nunca he usado el condón, porque una vez que fuimos allá y le dieron esa plastica me dieron uno y le dije a mi esposo: ¡oye pónitelo! vamos a ver ¿qué tal?, y si se lo puso y yo creo que tiene mucho medicamento o no sé, pero el chiste que al otro día no me podía sentar, toda la parte así de los labios como que se me hincho, y si me dolía demasiado y entonces de ahí ya no se volvió a poner ningún condón”* MI2, 42 años, IVSA 14, sin escolaridad. *“No, porque yo nomas con mi marido, pues con quien otro. No me gusta, no, no me gusta”* MI9, 51 años, IVSA 15 años, sin escolaridad.

Subcategoría 3: Conocimiento, uso y colocación del condón

Las participantes refieren que la información que las participantes tienen sobre el condón es muy importante, ya que de esto depende su uso. Algunas mujeres mencionaron temor por usar el condón y no saber colocarlo: *“Algunas me han dicho que por ponerse el condón les hacen operación o no sé. Luego dice una señora que se lo puso su marido el condón y luego se quedó adentro, se le chispo, y bueno hay ocasiones que si pasa eso y luego me da miedo, porque se le quedo adentro el condón y le hicieron quien sabe qué cosa para sacárselo”* MI7, 37 años, IVSA 17, secundaria. *“Solamente que lo coloquen también bien, porque dicen que una señora también se lo puso, pero a lo mejor no se lo puso bien el hombre y dicen que se le fue pa´ dentro y después la tuvieron que operar para sacárselo, pero entonces hay que tener cuidado”* MI5, 45 años, IVSA 18 años, sin escolaridad.

De acuerdo a lo que algunas participantes comentaron sobre la colocación del condón: *“no sabría decirle, porque lo colocaba él, y luego ve que dicen que hay*

maneras de colocarlo, pero así para retirar yo no [...] he visto en la tele y ahora sí que lo hacen abiertamente y veo que sí, pero nunca lo he intentado” MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria. *“Yo recuerdo que en la secundaria nos dijeron que es el condón, pero no nos enseñaron como colocarlo [...] con los dedos y las uñas, nada más se lo pongo y lo bajo y ya*” MI4, 32 años, IVSA 16 años, secundaria. *“Si cuesta para ponerlo, nunca nos dijeron como usarlo, pues nada más ahí nos explicaron para que sirve y todo, pero él me dijo y este ¿cómo me lo voy a poner?, de ahí pienso yo que primero debe haber maneras de que nos expliquen ¿cómo usarlo? y ya después ya dárnoslo, ¿no?”* MI2, 42 años, IVSA 14, sin escolaridad.

Algunas participantes mencionan que el uso del condón es para no embarazarse: *“no simplemente sé que evita que no nos embaracemos, pero para otra cosa no”* MI6, 27 años, IVSA 24 años, primaria. *“Bueno de hecho lo usamos para no encargar familia”* MI4, 32 años, IVSA 16 años, secundaria. Otra participante, manifiesto que cuando su pareja ha usado el condón, se siente cuidada y siente que ella es importante para su pareja: *“hasta más me dio confianza porque usar el condón te previene de varias cosas y como que me da más confianza, pero si él no lo quiere hacer, pues mejor no lo uso [...] yo quiero estar con una persona que está usándolo, pues como que me siento [...] que me está cuidando ahora sí sé que le estoy importando”* MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria

Subcategoría 4: La MI propone el uso del condón

Algunas participantes expresan que le han pedido a su pareja que se coloque el condón, porque de esta manera ella se siente protegida, ya que en algún momento han presentado alguna infección: *“[...] fue cuando me contagio de la infección vaginal y le dije tienes que usar esto porque si no, no [...] y ya cuando se enoja me dice que me hacia el favor y que lo hacía conmigo por lastima”* MI8, 32 años, IVSA 16 años, 5to primaria.

“Pero luego le decía yo ponte el condón, y él me decía: ¡no!, y luego así anda de perro y luego así llega otra vez aquí, luego este, dice es que no así no se siente bonito, y luego a veces se lo ponía, a veces no” MI7, 37 años, IVSA 17, secundaria.

“Siempre le digo yo, pero él no quiere, pues usa el condón y una vez pues sí lo hicimos pero me dice, es que a mí no me gusta y además porque si tú eres mi mujer, dice pues tu eres mi mujer y yo tengo que hacerlo así” MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria.

Subcategoría 5: la MI confía en su pareja

La participante no le pide a su pareja que use el condón porque ella menciona que tienen comunicación y confianza, por lo que confía en la fidelidad de su pareja, además refieren es la única pareja que ella tiene: *“ahorita con mi pareja, lo platicamos y veo que hay mucha confianza y pues el claro me dice: ¡si yo llego a tener relaciones con otra mujer otra persona yo te lo diría y ya decidiría si, si seguirías conmigo o no”*

MI10, 21 años, IVSA 16, secundaria. *“Yo te voy a dar la confianza pero ahí ahora si pues no sabemos que es lo que hacen y es como le digo ahorita que vamos hacer. Nada más conque me haga el este, como se llama el examen de papanicolau, y digo, ya nada más digo, ojala y que salga negativo y todo eso”* MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria.

“Si estando con mi marido para que lo voy a usar, si es mi marido, bueno ese es mi pensar” MI11, 29 años, IVSA 21, secundaria. *“Pues nada más es con mi pareja, con la que tengo”* MI4, 32 años, IVSA 16 años, secundaria.

Subcategoría 6: Han presentado infecciones vaginales

En esta subcategoría, una de las razones para el uso del condón es por que algunas participantes refieren síntomas sobre lo que es una infección vaginal: *“[...] tenía yo como flujo amarillo y olía horrible y yo no quiero, no me gusta pues, me daba cosa, y le dije, o te tratas o ya no duermes conmigo [...] fue cuando me contagio de la infección vaginal y le dije tienes que usar esto porque si no, no [...] ahorita precisamente tengo una verruguita y ahora ya se está haciendo otra y se está haciendo*

grande, si hubo unos días que me dio comezón y como que me hice así, y como que se rompió y nacieron tres. MI8, 32 años, IVSA 16 años, 5to primaria.

“Bueno, yo me he sentido mal y no sé cómo decirle a mi esposo para que se venga a curar porque él no está bien, pero él no quiere [...] me dijeron que estaba mal, tenía una infección de la matriz [...] se me hicieron como llaguitas...” MI2, 42 años, IVSA 14, sin escolaridad. “Pues de hecho he tenido muchas, hace un año [...] me detectan según, como se llama infección por bacilos cocos [...] cada vez que voy, siempre salgo con infección” MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria. “No pues a mí me dijeron que me contagie por alguna manera, pero pues yo sé que yo no ando con otro hombre” MI5, 45 años, IVSA 18 años, sin escolaridad.

Categoría 3: Situaciones personales e interpersonales

Esta categoría se refiere a las fuentes principales de influencia personal e interpersonal sobre la conducta sexual de las participantes. Esta categoría incluye el sexismo, discriminación y sumisión en el cual, se encuentran las participantes. La violencia de pareja, expresada en física, psicológica y sexual. La expresión del autoestima de las participantes y la comunicación con la red social, en la cual, considera a la pareja, madre e hijos, apoyo de personas cercanas, religión y de los servicios de salud.

Subcategoría 1: sexismo

El discurso de las participantes describe conductas discriminatorias basadas en actitudes prejuiciosas que evidencian sumisión, obediencia e inferioridad: *“empezaron los problemas como siempre y ya todo eso me fue insultando, hice todo lo posible, le planchaba hasta los pantalones de mezclilla, le limpiaba los pies, por hacer que me quería [...] le di mucho, mucho amor, le daba la comida, su ropa, su agua se lo calentaba, todo” MI8, 32 años, IVSA 16 años, 5to primaria. “Le digo yo ahora si me junte porque digamos que mi mamá me dijo: ¡pues te tienes que casar! Tú lo elegiste*

pues tú te quedas con él, este, yo por darle gusto a mi mamá, pues yo le hice caso me junte” MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria.

El sexismo es parte de una herencia cultural que muestra la desigualdad de género: *“Yo viví mucho tiempo con mis abuelitos y me enseñaron que al esposo no hay que responder [...] yo me dejaba, haga de cuenta, me insultaba, me hacía lo que quería [...] le daba de comer aunque no me diera dinero [...] cuando me enfermé, mi mamá me llevo al doctor, pero era un doctor, para que él no se enojara le decía yo, que era una doctora” MI2, 42 años, IVSA 14, sin escolaridad. “[...] Va a llegar su marido ya está la comida, su ropa planchada, poner su agua, tempranito se va a levantar, le vas hacer su desayuno, va a comer acá, le vas a poner su comida para medio día, viene su ropa ya está planchado ya está bien dobladita, tu casa bien limpia” MI7, 37 años, IVSA 17, secundaria.*

“Que me porte bien, que obedezca bien, que me levante yo temprano, como él sabe ir a trabajar a las seis, me tengo que levantar media hora antes, una hora antes para que le haga yo su comida y su desayuno” MI6, 27 años, IVSA 24 años, primaria.
“Pues para servir, porque todavía no se moler, todavía no se hacer mi comida, como le voy hacer. Y después ya tengo hijos y todavía no soy útil. Por eso es que si me manda una cosa le obedezco, tiene la ropa a su hora, llega y ya está la comida, porque me va a regañar” MI5, 45 años, IVSA 18 años, sin escolaridad.

“Pues nada más me dijeron que obedezca a mi marido de lo que te manda, no quieras mala vida, lo que te mande hazlo, hazle la comida, plánchale la ropa, no quieres que te ande gritando y a donde te vas con cuidado porque si te agarran con un hombre, nosotros como te defendemos, te tienes que cuidar” MI5, 45 años, IVSA 18 años, sin escolaridad. “Justino, mi hijo, dice yo ya voy pensando cómo voy a vivir, no como tu hija que fue tonta, nomás por tonta fue a seguir a su marido y ahora mira como lo están

haciendo. Le digo: déjala ella se lo busco, ella sabe” MI9, 51 años, IVSA 15 años, sin escolaridad

En relación a esta conducta de sumisión, obediencia y servilismo el que las participantes se sigan preparando en una educación formal, no es prioridad como lo resalta uno de los discursos: *“Ya no quiso mi papá, porque, pues igual me dijo tus hermanas ya terminaron la primaria, tuya saliste no pues hasta aquí”* MI3, 30 años, IVSA 23 años, primaria. *“Cuando mis papás supieron que ya tenía novio, me dijeron que ya no fuera a la escuela porque nosotras las mujeres no necesitamos una carrera, ya con lo que sepas, con que sepan contar, además ¿nada más para que vas es estudiar? para cuidar a tus hijos, si nada más te vas a dedicar en la casa [...] yo nunca pensé, porque mis papas nunca me dejaron estudiar y bueno yo tampoco aprendí”* MI2, 42 años, IVSA 14, sin escolaridad.

Subcategoría 2: Violencia de pareja

Las participantes han presentado violencia de pareja, la cual se manifiesta como un patrón de control, en el cual, la pareja le causa algún tipo de daño físico, emocional o sexual. En el caso de la violencia psicológica, la pareja le prohíbe a la participante salir de la casa, trabajar, limita su libertad de expresión y de decisión. Se presentan insultos, intimidaciones, calumnias y celotipia: *“yo estuve trabajando un tiempo en las casas pues de limpieza. Pero por los celos de mi esposo, me dice, prefiero que trabajes acá, porque aquí estas dentro de la casa, le digo: ¡tú me quieres tener encerrada como gallina! También se enojó conmigo cuando yo me opere, ahí se molestó, ¿porque te operaste?, mataste a tus hijos, quien sabe qué tanto”* MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria

“Yo le decía a mi esposo, dame permiso ir a verla a mi hermana y él me decía: ¡cómo crees que vas a ir!, ¡está muy lejos!, ¿con quién vas a ir?, dice: ¡no, no vas a ir! Venia borracho y me decía que si ya se fue mi novio, que si ya se fue mi amante [...]

tuve mi varón, decía que el niño que tengo no era de él que quien sabe que porque de él son puras niñas” MI2, 42 años, IVSA 14, sin escolaridad. “Yo quise usar pantalón y eso fue un problema, y yo no sé ni para que me puse el babero, a mí no me gusta, pero después ya no me lo puse, ese problema creció con mi suegra y mi suegro, me dijeron tú no eres la mujer que esperábamos para mi hijo. Llegue y lo abrace, agarro mis manos y me las quito, no tardo y baja ella. Y me dijo vete. Agarra me insulta más”. MI3, 30 años, IVSA 23 años, primaria.

“Pues a veces sí me pega [...]no tanto por los golpes que me sentía mal, era por sus palabras, me decía que no sirvo yo para mujer, que la otra que tiene más puede hacer el amor” MI7, 37 años, IVSA 17, secundaria. “Me empezó a encelar me dice ora que cosa, porque duerme el niño en medio [...] que cosa te dijo tu querido, que cosa te dijo tu amante, que te dice, acuéstalo al niño en medio para que ya no te toque tu marido” MI11, 29 años, IVSA 21, secundaria. “Mi esposo viene a buscarme al pueblo y me dice te casas conmigo o les digo a tus papas que eres una cualquiera y una zorra, y pues me tuve que casar, solo quería llorar, llorar y dormir y un fracaso total. Me decía yo me case contigo por lástima, porque ya se me iba el tren y fuiste la primera estúpida que cayó, insultos como que no valgo ni mierda, dice: ¡eres desperfecto humano!, ¡no sirves ni siquiera!, ¡todavía la mierda sirve para abono!, ¿pero tú?” MI8, 32 años, IVSA 16 años, 5to primaria

Otra expresión de violencia psicológica, ha sido la infidelidad de las parejas de las participantes: *“No le gustaba estar en la casa, pienso yo que a lo mejor será por eso que el empezó a andar con una mujer, con otra y con otra. Me sentí, no sé, humillada, como que, no sé, como rechazada, y ya no me sentí bien” MI2, 42 años, IVSA 14, sin escolaridad. “En el espejo me dejo grabado el nombre de ella, durmiendo me la nombra, en su sano juicio me la nombra, le dije que burlas son esas” MI3, 30 años, IVSA 23 años, primaria. “Cuando yo le descubrí la infidelidad, ahí termino todo, pero yo, lo*

perdone y todo, bueno digo por tonta [...] cuando estoy con él no me dan ganas, no lo deseo [...] No estoy segura de que me siga siendo fiel” MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria. “Él me decía que si yo no quiero que iba a conseguir otra. Luego me decían: ¡tu marido anda con tal mujer! [...], le digo me da asco y no nada más el ya todos los hombres” MI7, 37 años, IVSA 17, secundaria.

Las participantes han presentado agresiones donde su pareja ha utilizado la fuerza para ocasionarle algún daño físico: *“me dio una patada por aquí en mi nalga y si hasta me sentí mal, me senté en una piedra y pues sí, estando con él tanta agresión, tanta mala palabra. [...] Tuve el aborto, me hicieron legrado, entonces este me preguntaron que si me iban a poner algo para que no me embarazara, les dije: ¡sí quiero el dispositivo!, entonces le preguntaron a el papa de mi hijo, él no quería, entonces me dijeron: ¡no, no le vamos a poner porque no quiere su esposo!” MI11, 29 años, IVSA 21, secundaria. “Yo me dejaba, haga de cuenta, me insultaba, me hacia lo que quería, llegaban días en que si me daba de cachetadas” MI2, 42 años, IVSA 14, sin escolaridad. “Cuando él tomaba, él se alteraba mucho, le digo que dos veces me pego, porque yo entre a trabajar y yo cometí el error por no decirle” MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria.*

“Él estaba hablando por teléfono y le hablo y no me escucha, me arrime y le quite el teléfono le digo: ¿con quién tanto hablas? ¡Yo te estoy hablando y ni me haces caso!, era ella, él me quería quitar el teléfono, doblo mi mano, así tan fuerte que me estuvo doliendo tres días. Él esconde mucho sus llaves, y digo ¿Por qué? [...] y veo una imagen [...] y esta su nombre de él y de ella, tuve muchos problemas por eso, ese día el me golpeo, me agarro del pelo y quería sacarme hasta la calle, nos peleamos, nos golpeamos, hasta los vecinos se dieron cuenta” MI3, 30 años, IVSA 23 años, primaria. “Me golpea, me insulta hasta decir basta, me insulta, todo el tiempo me dice de groserías. Un como a las 3 de la mañana y entro por la ventana, [...] y me empieza a

golpear y me golpeo en el estómago, me dio muchos puñetazos. Prefiero a que me golpee a que me diga groserías” MI8, 32 años, IVSA 16 años, 5to primaria

Las participantes han presentado violencia sexual, la cual la expresan como una forma de dominación o sometimiento para tener relaciones sexuales: *“me violo con el segundo, igual el segundo no fue niño planeado [...] y ya otra vez empezaron los problemas como siempre y ya todo eso me fue insultando” MI8, 32 años, IVSA 16 años, 5to primaria. “Él siempre quería que a la fuerza pero yo no me deje, como le digo yo no quiero” MI7, 37 años, IVSA 17, secundaria. “Si no tenemos relaciones, se molesta, me insulta, [...] cuando yo tengo relaciones yo no siento nada, más que dolor, [...] y no quiero así forzado [...] luego por eso tengo problemas con mi pareja” MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria*

Las participantes expresan como se sienten respecto a cuándo tienen relaciones sexuales: *“Pues antes si, era bonito, pero ahora no... aunque él me hable y me diga no pues yo ya no voy, ya déjame dormir, tu vete por tu lado y ya. Pero pues yo no sé porque siento así” MI2, 42 años, IVSA 14, sin escolaridad. “Digamos no me dan ganas de estar contigo [...] le digo: ¡yo no puedo!, ¡y no te deseo!, a lo mejor antes si, digamos que yo me resigne a de que el seria mi pareja, pero cuando yo le descubrí la infidelidad, ahí termino todo [...], si tú me lo haces diario, tú me lastimas, me duele, incluso han llegado días en los que he llegado a sangrar” MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria.*

Algunas participantes manifestaron que a la edad en la que tuvieron su primera relación sexual, no se sentían preparadas, incluso refieren la falta del uso del condón: *“a los 15 años tuve mi primera relación sexual. Yo me case chiquita, cuando yo estuve con mi pareja yo nunca pensé eso, tener sexo yo le digo, cuando yo tenía 11 años, yo pensé conque me abrazara un hombre pues ya me iba a quedar embarazada, [...] ahora sí que yo ni sabía, a que era lo que iba yo. Ahora si como quien dice descúbralo como tú puedas” MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria. “Yo me junte a los 17 años, la primera*

relación sexual estaba bien todo, no usamos condón, ni se conocían en ese tiempo primero como todo me imagino, están muy emocionados, quieren del diario, pero ya con el tiempo ya no es igual y más cuando sabe uno del marido como anda, menos ya hasta da asco yo le digo ahorita huácala” MI7, 37 años, IVSA 17, secundaria.

“En la primera relación sexual no use condón...por eso fue que tuvimos a mi bebe” MI6, 27 años, IVSA 24 años, primaria. “Nos conocimos en la primaria, después de ahí ya no seguimos estudiando. Tuve mi primera relación sexual a los 14 años, yo 14 y el 16. Yo me sentí bien, porque ese día lo decidí yo, dije quiero tener una pareja y hasta ahí” MI2, 42 años, IVSA 14, sin escolaridad.

Subcategoría 3: Autoestima de la MI

Las participantes expresan la importancia de valorarse: *“yo digo hay que aprenderse a valorarse por uno mismo y a quererse una misma, si yo me quiero yo me cuido pues van a estar bien mis hijos, si quiero que mis hijos estén bien, primero debo estar bien yo, porque si no estoy bien yo pues menos ellos” MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria. “[...] Ya no voy a estar chillando por un hombre que no vale la pena. Pero me sentía rebajada, yo le decía a mis hijos si les sirvo, yo tengo que luchar por mis hijos, yo no chillo delante de él” MI7, 37 años, IVSA 17, secundaria. “Como le platicaba si decido tener otra pareja o no sé, pues tengo que pensar en mí, en cuidarme y es cuando tomo yo decisiones, cuando yo decido” MI10, 21 años, IVSA 16, secundaria. “Digo: ¡yo no tengo que padecer esto!, ¿yo no sé porque, porque te he estado aguantando tantas cosas, tantos insultos? Ya no me voy a enojar, porque deberás me estoy haciendo daño más a mí, yo padezco de epilepsia y cada rato estoy convulsionando y digo para que hacerme más daño” MI11, 29 años, IVSA 21, secundaria.*

La valoración personal de las participantes se ve afectada al encontrarse en un entorno hostil: *“Digamos es mi vida, es mi cuerpo, le digo, pero pues también a veces*

me siento así como encerrada. Yo soy de esas personas que para que este bien la otra persona pues digamos que pues yo aunque me sienta mal pero para darle gusto digamos que así” MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria. *“Aunque no lo crea me deprimía mucho porque llegaban días no me daban ganas de hacer nada, solo quería estar ahí nada mas todo el día, [...] me sentí, no sé, humillada, como rechazada, y ya no me sentí bien. Una mujer aguanta lo más humillante que le pueda hacer el hombre”* MI2, 42 años, IVSA 14, sin escolaridad. *“Solo quería llorar y dormir, un fracaso total. Dije: ¿qué me paso como mujer? Siempre he hecho las cosas más de lo que me piden para que me quieran, no talvez no para que me quieran, si no para que me valoren”* MI8, 32 años, IVSA 16 años, 5to primaria

Subcategoría 4: Comunicación de la red social

Algunas participantes mencionan que en ocasiones pueden platicar con su pareja y ponerse de acuerdo para la toma de decisiones: *“Pues primero lo platicamos y si en algo no estamos de acuerdo no se hace y si estamos de acuerdo se hace”* MI10, 21 años, IVSA 16, secundaria. *“Pues nos ponemos a platicar, le digo sabes que no me gusto esto”* MI4, 32 años, IVSA 16 años, secundaria. *“A pesar de que yo padezco de epilepsia, yo siempre le platicaba, si un día quieres vamos a discutir o algo, pero que nunca sea enfrente de mi hijo [...] le explicaba, a veces si me entendía, pero fue cambiando las cosas”* MI11, 29 años, IVSA 21, secundaria.

Las participantes, expresaron algunos inconvenientes y falta de credibilidad por parte de sus parejas, cuando ellas les platican sobre temas sexuales: *“Pues quien sabe será por vergüenza, pero quien sabe, ósea que luego le digo y luego no me cree. Pues sí que se lo ponga el condón que si nos podemos contagiar, pero él dice que no es cierto”* MI5, 45 años, IVSA 18 años, sin escolaridad. *“Lo que pasa es que él era muy vulgar, lo expresaba de diferentes formas”* MI3, 30 años, IVSA 23 años, primaria. *“Yo me he sentido mal y no sé cómo decirle a mi esposo para que se venga a curar porque él no*

está bien, pero él no quiere. No, no se deja, o sea el no quiere” MI2, 42 años, IVSA 14, sin escolaridad.

De acuerdo al discurso de las participantes, con base en su experiencia y en lo que conocen establecen comunicación con sus hijos, dándoles orientación sobre el cuidado de su salud sexual: *“Y es como le digo a mi hijo: ¡ahorita tú ya estas grande! y ¡puedes tener cuantas novias quieras, pero cuídate!, me da vergüenza hablar de sexo pero lo tengo que hacer ya tiene 15 años. Hay que cuidarse porque como le digo: ¡tú tienes 15 años!, y yo a tu edad yo me junte y sin que supiera que riesgo tenía yo” MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria. “Les he platicado que se cuiden, que no tengan relaciones, que tengan confianza con nosotros, que ya somos grandes, ahorita tengo una hija de 18 años y le digo, cuídate, si te habla un muchacho pero a su distancia [...], porque si te dejas te abraza, te besa, te ven y al rato te andarán criticando [...], puedes platicar un ratito de día, de noche ya no, te tienes que cuidar” MI5, 45 años, IVSA 18 años, sin escolaridad.*

“Pues yo me junte chica, por eso a veces le dijo a mi hija estudia, prepárate para el futuro, en estos tiempos los hombres, ya no son hombres, le digo son unas porquerías ya nomás los tratan de utilizar y los avientan por ahí como un perro, [...] le digo si quiera de 18 o 19 años júntate” MI7, 37 años, IVSA 17, secundaria. “Yo nada más les digo a mis hijas, nomás cuídense. Les digo cuídense mucho si un muchacho les dice que así y así, no. Como mi Martha le digo cuando conoció al muchacho, me dice mami ya conocí un muchacho, le digo si pero no te vaya a engañar, [...] te va a decir el muchacho vamos a hacer esto, y ya apareciste un bebe, se van a reír de ti”. MI9, 51 años, IVSA 15 años, sin escolaridad.

Las participantes mencionan que le hizo falta comunicación con sus padres, que les dieran información sobre su salud sexual: *“Los padres no nos platicaban, no nos decían, porque eso de hablar del sexo con los papas parece que les daba vergüenza”*

MI7, 37 años, IVSA 17, secundaria. *“Las niñas ahora ya saben porque ya en la escuela se los dijeron, pero las mamás hasta la fecha no lo hablan”* MI8, 32 años, IVSA 16 años, 5to primaria.

“Como ahorita ya me vengo enterando que cuando tenemos un embarazo a temprana edad tiene muchos riesgos, le digo a mí no me decían, le digo pues yo tan solo con mi mamá ella nunca se sentó a platicar conmigo, ¿hija vas a tener novio? ¿O vas hacer esto?, o ¿vas hacer el otro? [...] le digo pues me caso, pero nunca me dijo que vas a tener responsabilidades, le digo nunca me dijo nada y ahora sí que voy aprendiendo a topetazos” MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria.

Ante las diversas situaciones en las que se ha encontrado algunas de las participantes, manifiestan haber recibido apoyo de personas cercanas, lo cual, les ha permitido enfrentar situaciones adversas y tomar decisiones: *“Tenía una hermana [...] que me apoyaba más, me decía, pues vente, ya no estés nada más ahí metida, pues llegaban días que me deprimía mucho [...], ella me daba el ánimo”* MI2, 42 años, IVSA 14, sin escolaridad. *“El patrón, me apoyaba mucho y me decía: ¡no te debes de dejar!, me dijo si quieres yo te mando personal del DIF”* MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria. *“Le digo la señora se compadece de mí, luego de que le cuento mi vida me dice no te preocupes, me manda mi aceite, me manda mi sardina [...]”* MI7, 37 años, IVSA 17, secundaria.

Así mismo, como parte de la categoría de situaciones personales e interpersonales, el apoyo de los servicios de salud, tiene un papel importante para la conducta sexual de las participantes, lo que puede aumentar o disminuir el compromiso o la participación en una conducta de salud, de acuerdo al discurso de una de las participantes, menciona que hay profesionales de la salud que les explican: *“fui allá y me toco una doctora que si me explico, me mando unos óvulos pero me dijo como*

aplicármelos, bueno tuvo paciencia conmigo, me estuvo explicando” MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria.

Sin embargo, otra participante refirió una atención por parte de los profesionales de la salud, diferente, donde recibió insultos y malos tratos: *“En el hospital me trataron muy mal los doctores, [...] decían, hay escuincla andaba de zorra. Vengo al centro de salud y un doctor se pasó, me empezó a tocar y me empezó a insinuar que era yo una cualquiera. [...] le dije a una doctora, mire doctora es que yo me siento mal, es que tengo esto y esto hay tu pareces carro viejo” MI8, 32 años, IVSA 16 años, 5to primaria*

Otro apoyo expresado por dos de las MI participantes, es la religión: *“Soy testigo de Jehová [...] la biblia me ayudó mucho en mi vida, me ayudo a ser mejor esposa, ser fiel y aguantar todos los problemas, [...] porque a pesar de los años que llevo con él si yo no hubiera sido testigo de Jehová, [...], talvez ya me hubiera yo suicidado, ya me hubiera yo hundido, [...] deje de tomar, deje de fumar y me ha ayudado mucho” MI8, 32 años, IVSA 16 años, 5to primaria. “Mi papá dice soy cristiano, no le puedo responder groserías pero hasta aquí llego nada más, [...] porque mira a mi hija no le das dinero ni nada de eso, y aun así vienes aquí a gritarle, ahora si ya no, ¡vete!” MI11, 29 años, IVSA 21, secundaria.*

A continuación se presentan los perfiles narrativos de las participantes, los cuales se estructuraron integrando la información que la participante refirió en las entrevistas de acuerdo a su edad, escolaridad, edad del IVSA, número de parejas sexuales en los últimos 12 meses, uso del condón, información sobre el VIH, sida y otras ITS y si ha presentado violencia de pareja.

Perfiles narrativos en MI

MI1, tiene 31 años, estudio la secundaria, tuvo su IVSA a los 15 años, solo ha tenido una pareja sexual y en sus relaciones sexuales nunca usa condón, aunque ella propone el uso del condón, refiere que su pareja no quiere y tiene que confiar en él, sin

embargo ella se sentiría protegida si su pareja lo usara, ya que su pareja le ha sido infiel. Ha asistido a pláticas, sin embargo menciona que no tiene información sobre VIH, sida y otras ITS. Menciona que ha sufrido de violencia psicológica porque su esposo no le permite trabajar, incluso le ha quitado a sus hijos. Ha recibido insultos por haberse realizado una cirugía para ya no tener más hijos. También ha presentado violencia sexual porque su pareja la obliga a tener relaciones sexuales. Menciona que siempre se encuentra con tratamiento médico por presentar infecciones vaginales.

MI2, tiene 42 años, IVSA 14, estudio la secundaria. No tiene conocimiento sobre que es el VIH, sida y otras ITS, pero identifica que se puede transmitir por tener relaciones sexuales con una persona infectada. Refiere una sola pareja sexual, en relación al uso del condón, menciona que solo en una ocasión lo utilizó con su pareja, pero que le generó molestia, dolor y que no se podía sentar, refiere que no le gusta usarlo. Ella presenta violencia de pareja (psicológica, física y sexual). A ella le gustaría que su esposo tuviera tratamiento para la infección que presenta, ya que a consecuencia de esto estuvo en tratamiento por virus de papiloma humano.

MI3, 30 años, IVSA 23 años, primaria. Menciona el sida es algo malo y se transmite por relaciones sexuales, pero que no tiene más información. Refiere que aunque ella se quiera cuidar su pareja no quiere usar el condón y a ella tampoco le gusta usarlo. Cuando quiere hablar de temas sexuales con su pareja él es vulgar y la ofende. Menciona tener solo una pareja sexual, la cual, actualmente dejó por padecer violencia psicológica y física.

MI4, tiene 32 años, IVSA 16 años, escolaridad secundaria, ha tenido dos parejas sexuales, al referirse al sida dice que ha visto en la televisión se les pone la piel amarilla. Menciona que cuando ha asistido a alguna plática de la escuela de su hijo y tiene dudas no pregunta pena. En relación al condón menciona que a veces lo ha utilizado para no embarazarse y que su pareja le ha enseñado a colocarlo que utiliza los dedos y las uñas,

refiere que cuando ella estudiaba en la secundaria les hablaron del condón pero no les enseñaron como se coloca.

MI5, tiene 45 años, IVSA 18 años, sin escolaridad. Menciona que no tiene información sobre VIH, sida y otras ITS, que las personas se pueden contagiar por irse con otra pareja y cuando ya están enfermas de sida generalmente pierden el apetito y presentan escalofrío. Ella solo ha tenido una pareja sexual, confía en que él, le es fiel y no usan condón porque su pareja le menciona que no se siente lo mismo. Además ha escuchado que se queda adentro y que tienen que operar a la persona para quitarle el condón. Ha presentado infecciones vaginales pero es porque su higiene la realiza con cualquier jabón. Menciona que solo tiene una pareja sexual y que no puede reclamarle nada porque ella siempre lo obedece y siempre tiene todo listo. Sin embargo, le da vergüenza platicar con su pareja sobre temas sexuales y la información que ella le proporcione su pareja no le cree.

MI6, tiene 27 años, IVSA 24 años, primaria. Tiene cuatro años que se fue a vivir con su pareja y solo ha tenido una pareja sexual. Refiere que no tiene información sobre las ITS o el VIH, sida, porque casi no ve la televisión y no asiste a ninguna plática sobre estos temas. Menciona que solo una vez ha utilizado el condón porque en el centro de salud no tenían su método de planificación inyectable, pero que no le gusta usar condón porque siente raro por dentro. Ella comenta que nunca ha tenido ningún problema con su pareja porque ella obedece y se porta bien.

MI7, tiene 37 años, IVSA 17, estudio secundaria. La información que tiene sobre el sida es: que es peligroso y se contrae por tener relaciones sexuales sin protección, las personas enfermas tienen dolores de cabeza, diarrea, fiebre y adelgazan. Su pareja no quiere usar condón y a ella le da miedo usarlo porque ha escuchado que se queda adentro. Su pareja ejerce violencia física y psicológica, le dice que no sirve como mujer, por lo que se va con otras mujeres. A pesar de esta situación ella menciona que no se

siente rebajada porque si les sirve a sus hijos, por lo que no llorara por un hombre que no vale la pena.

MI8, con 32 años, IVSA 16 años, estudio hasta quinto de primaria. Solo ha tenido una pareja sexual. No tiene información sobre lo que es el VIH, sida e ITS, solo sabe que se contagian las personas que tienen sexo sin protección. Ha asistido a las pláticas del programa prospera, cuando tiene dudas no las resuelve por vergüenza. Ella propone el uso del condón, porque ya ha presentado infecciones vaginales, incluso actualmente se encuentra en tratamiento por ITS. Al encontrarse ante violencia de pareja (psicológica, física y sexual), recibe insultos e humillaciones y sin motivos su pareja desconfía de ella en todo momento y ha usado la fuerza para tener relaciones sexuales, lo que afectado su autoestima, ya que se encuentra recibiendo tratamiento. Cuando se ha acercado al personal de salud, siempre ha recibido malos tratos. Comenta que en la religión ha encontrado la forma de salir adelante.

MI9, tiene 51 años, IVSA 15 años, sin escolaridad, no sabe nada sobre VIH y otras ITS. Ella no usa condón con su pareja, porque no le gusta, además cuando ella se lo propuso su pareja le dijo que no lo necesita porque él no anda con otras mujeres. El dialogo que establece con sus hijas sobre el abordaje de temas sexuales se remite a decirles que se cuiden de algún embarazo.

MI10, tiene 21 años, IVSA 16, estudio secundaria. Menciona que lo que sabe sobre las ITS, VIH y sida es que es un contagio que se transmite por relaciones sexuales y puede causar la muerte, que producen comezón y ardor en la parte íntima. Refiere que no usan condón porque tiene comunicación y confianza con su pareja y que si su pareja tuviera relaciones sexuales con otra persona él se lo comentaría.

MI11, con 29 años, IVSA 21, estudio la secundaria, ella padece de epilepsia y esta condición la ha acercado a los servicios de salud, por lo que comenta que ha escuchado que la única forma de transmisión del VIH, sida e ITS es por relaciones

sexuales. Menciona que no le gusta cuando su pareja usa condón y que no tendría que utilizarlo porque solo tiene relaciones sexuales con él. Su esposo es celoso y que a partir de esto se ha vuelto violento, la ha agredido física y psicológicamente, y le cuesta trabajo tomar decisiones sobre su salud sexual. Sin embargo, menciona que prefiere ya no decirle nada porque esto afecta su salud.

Síntesis cualitativa

De acuerdo al discurso de las MI participantes, se identifica que existen factores para una conducta sexual de riesgo o segura. En este sentido, los que influyen en la conducta sexual de riesgo, es la falta de información sobre lo que es el VIH, la falta de claridad y diferencias entre el VIH y sida. Así como el desconocimiento sobre los síntomas y cuáles son las ITS. De acuerdo a la información proporcionada sobre estos problemas de salud, reconocen que son una infección, que es malo tener estas enfermedades. El único medio de transmisión que identifican es por tener relaciones sexuales con una persona (s) diferente (s) a su pareja, la cual este infectada y con las cuales no se tuvo protección, o como las participantes lo refieren: *¡porque no se cuidaron!*. Cuando asisten a pláticas y tienen dudas, no preguntan por vergüenza, o bien, porque tienen miedo al qué dirán o que las personas que estén presentes hagan especulaciones sobre si la MI participante que preguntó es porque presenta estos problemas de salud o por infidelidad, otro motivo es por pena y porque saben que no pueden hablar de estos temas en público.

El no uso del condón se debe a que la pareja de la MI participante no quiere usarlo. La mayoría de las participantes menciona que a su pareja no le gusta tener relaciones sexuales con el condón, porque no tiene la misma sensación, otro argumento es porque la pareja considera a la mujer de su propiedad, por lo que, cuestiona, por qué tendría que utilizar condón. Además, las participantes, refieren que solo con ella tiene relaciones sexuales, estableciendo un lazo de confianza. Por otro lado, algunas de las

MI participantes expresaron que aunque ha considerado el uso del condón y se lo ha propuesto a su pareja, no le gusta usarlo, sienten raro y le genera molestia e incomodidad. Así también, menciona que solo tiene relaciones sexuales con su pareja. Por lo que la MI confía en su pareja, considera que si su pareja le fuera infiel, él se lo diría, o bien si él tiene relaciones con otra persona confía en que se cuidará. Una de las participantes refirió que al realizarse pruebas de detección y al salir negativa significa que no hay ningún problema en la relación con su pareja. Sin embargo, por lo contrario, empieza a preocuparse cuando estas pruebas son positivas, es decir, cuando presenta infecciones vaginales, condiciona a la pareja, a ya no tener relaciones sexuales.

El sexismo, como otro factor de la conducta sexual de riesgo, es porque algunas participantes se encuentran ante una situación de sumisión, al tener que obedecer lo que la pareja ordene, donde, la MI debe hacer los quehaceres de la casa (comida y cuidado de los hijos) de manera obligatoria (ante una desigualdad de género) debe tener lo hijos que Dios le mande y no debe usar métodos de planificación familiar, de lo contrario, no sirve como mujer o bien, se generan actitudes prejuiciosas y de discriminación. Donde las MI participantes, no tienen derecho a ser independientes, trabajar, superarse o levantar la voz, de lo contrario es acreedora a insultos, calumnias, celotipía, golpes y abusos (violencia de pareja).

La violencia de pareja, se presenta cuando la MI participante no obedece a su pareja, si sale sola o sin permiso, la pareja sospecha que es por infidelidad. La pareja no valora lo que la mujer realiza, limita su libertad de expresión y de decisión ejerciendo violencia psicológica, donde la insulta, intimida y amenaza. En esta dominación masculina, la pareja utiliza la fuerza para causarle daño físico, en ocasiones se ejerce bajo la influencia del alcohol. Las MI expresan que cuando sus parejas les exigen tener relaciones sexuales y se niegan, han sido forzadas, por lo que las han lastimado y en

ocasiones han presentado sangrado trasvaginal, donde la negociación en el uso el condón no es posible.

En relación a los factores que influyen en la conducta sexual segura de las MI, de acuerdo a la información que tienen sobre VIH, sida y otras ITS, es la identificación de al menos una de las diversas formas de contagio (relaciones sexuales sin protección). Otro factor, favorable es que asisten a las pláticas que ofrece un programa gubernamental, la cual comparten con la pareja y sus hijos.

Por otra parte, a pesar de que el uso del condón se limita a que la pareja acceda a colocárselo, algunas participantes son quienes lo proponen, al expresar que les da seguridad y protección ya que en algún momento han presentado alguna infección. Las diversas fuentes de información (personas cercanas, televisión o servicios de salud), de las MI, han influido en la decisión para el uso del condón, manifiestan que de acuerdo a lo que han escuchado les genera dudas y temor cualquier tipo de complicación que se pueda presentar con el uso del condón. Expresan que no saben colocarlo, por lo que les gustaría que les expliquen.

La estima que las MI tienen por sí mismas, les ha permitido salir adelante a pesar de las situaciones o el entorno hostil en el que viven. Las MI que han tenido expresiones positivas sobre el valor de sí mismas, han tomado decisiones sobre su salud sexual y establecen comunicación con su pareja, aunque el tratar temas sexuales todavía sigue siendo complicado porque no tienen confianza y sienten vergüenza de tratar estos temas. A pesar de esto, se interesan en transferir sus experiencias e información que reciben de las pláticas, a sus hijos, cuando ellas consideran una edad adecuada. Sigue siendo información limitada y condicionada. Reconocen que todavía existe tabú al tratar estos temas, por lo que los padres no platican con sus hijos.

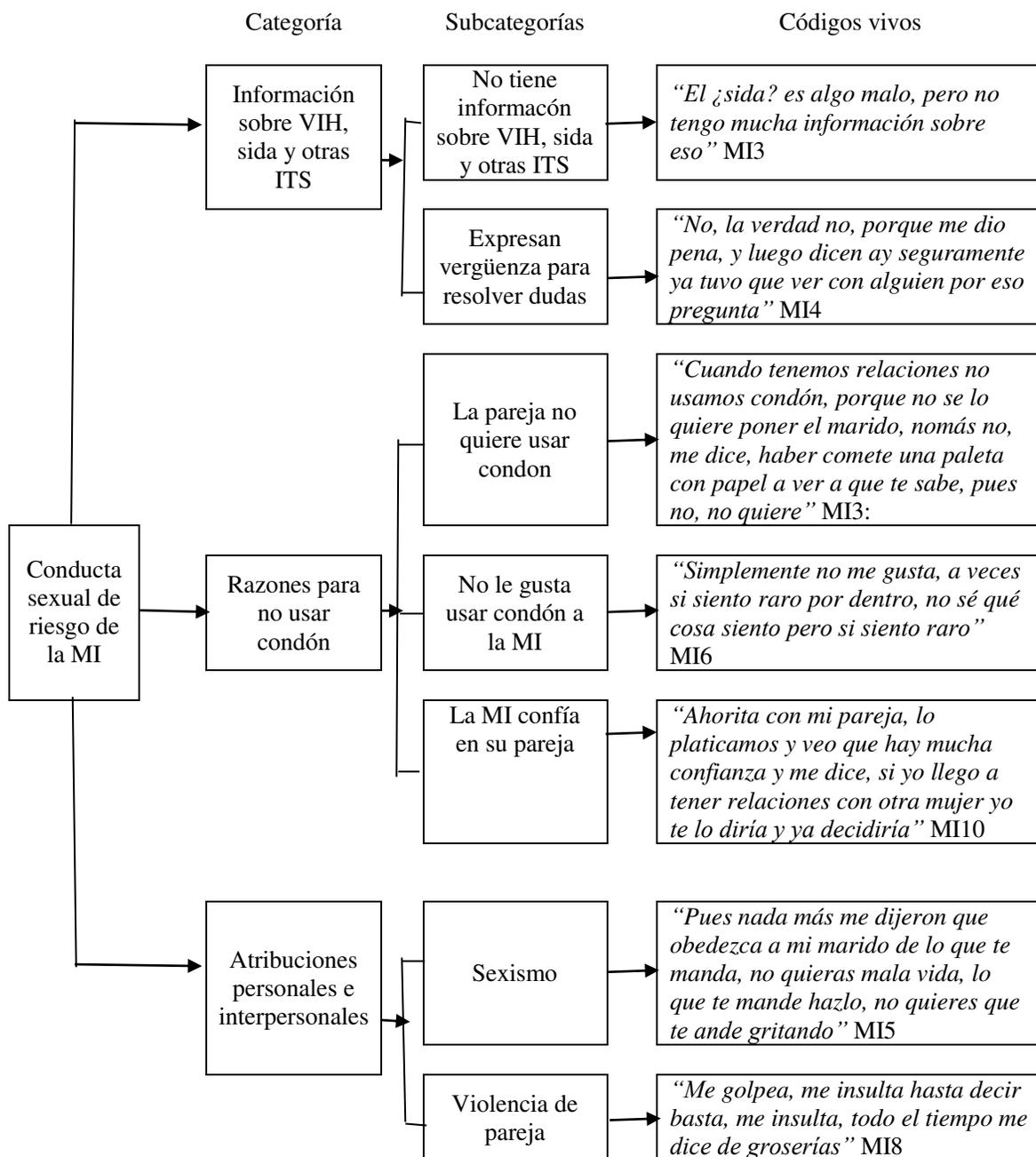


Figura 13. Factores que influyen en la conducta sexual de riesgo en MI.

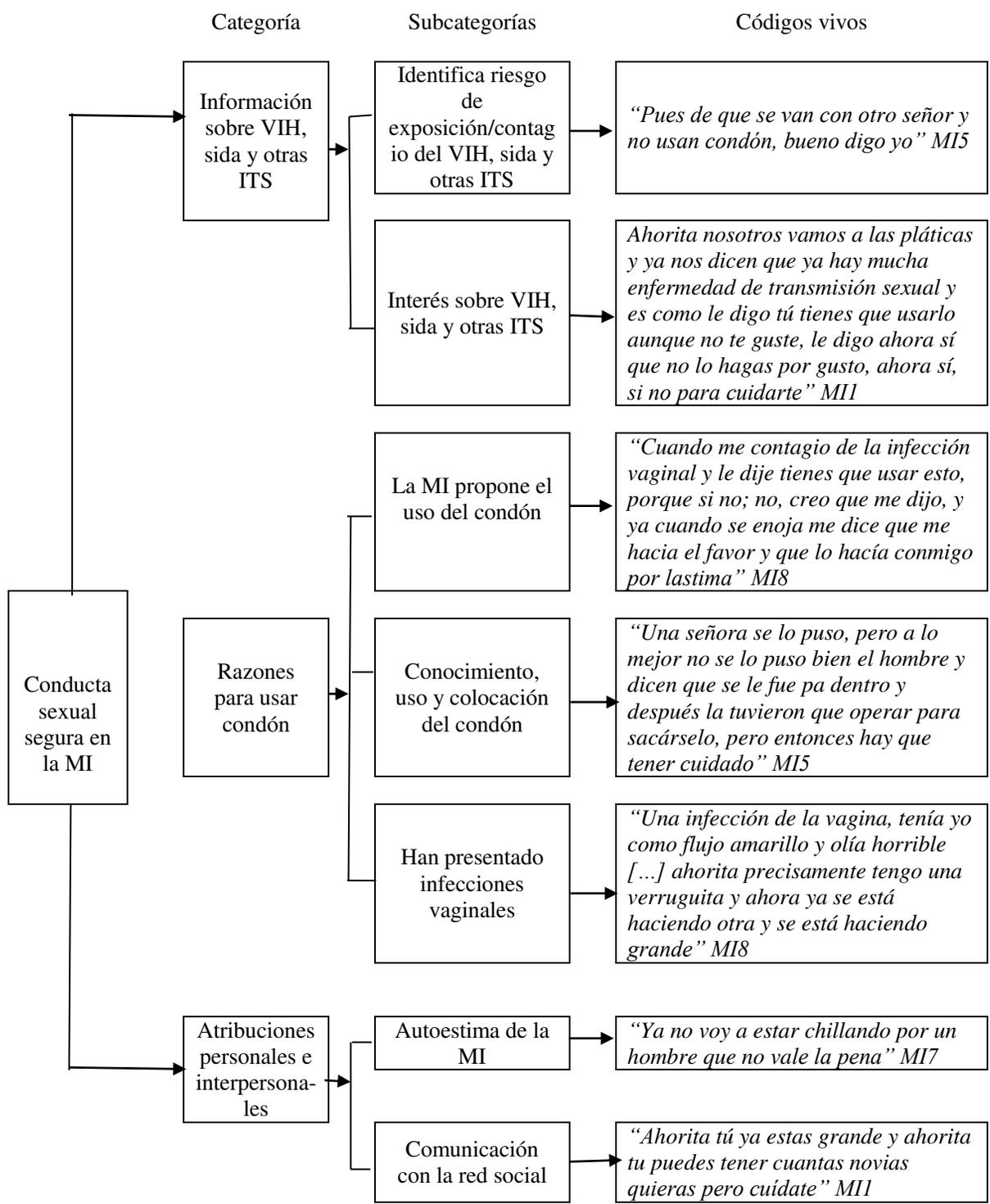


Figura 14. Factores que influyen en la conducta sexual segura en las MI.

Resultados Mixtos

Para la integración de los datos cuantitativos y cualitativos, se realizó el análisis mixto. Lo primero que se realizó fue organizar los resultados en la matriz del plan de análisis para el diseño de triangulación concurrente (Anexo R), posteriormente con el propósito de generar las metainferencias de los resultados obtenidos para proponer el modelo final, se integró la redacción de los objetivos planeados y las categorías que emergieron del discurso.

De acuerdo a la fase CUAN, los resultados encontrados en el objetivo uno, , reportan que la escolaridad se asocia con la conducta sexual ($R^2=.016$, $F_{19,376}=6.140$, $p<.014$), por lo que a mayor años de escolaridad se presenta una conducta sexual de riesgo en MI. De acuerdo a los resultados de la fase CUAL, se encontró que de las 11 MI participantes, seis concluyeron la secundaria, dos la primaria y tres no estudiaron, sin embargo es visible, ante el discurso de la participantes que las condiciones sociales en las que se encuentran, el que continúen estudiando no es necesario: *“Cuando ellos mis papás supieron que ya tenía novio, me dijeron que ya no fuera a la escuela porque nosotras las mujeres no necesitamos una carrera, ya con lo que sepas, con que sepan contar, además ¿nada más para que vas es estudiar? para cuidar a tus hijos, si nada más te vas a dedicar en la casa [...] yo nunca pensé, porque mis papas nunca me dejaron estudiar y bueno yo tampoco aprendí”* MI2, 42 años, IVSA 14, sin escolaridad (Categoría 3: Situaciones personales e interpersonales; Subcategoría 1: sexismo).

Por lo que en ambos resultados, la MI puede presentar una conducta sexual de riesgo, ya que en los resultados CUAN el que las MI aumenten los años de escolaridad, amplía su red social, convivencia de pares del mismo sexo y presentan mayor libertad en su sexualidad; y en los resultados CUAL, el no continuar estudiando se encuentra limitada a la adquisición de herramientas personales para la toma de decisiones.

En los resultados del segundo objetivo CUAN, se encontró que el conocimiento general sobre VIH, sobre otras ITS y sobre el condón, se asocian con los beneficios percibidos para el uso del condón ($R^2=.20$, $F_{[19,376]}=10.826$, $p<.001$). Así mismo, como parte de los resultados descriptivos se reportaron porcentajes elevados en las respuestas de las MI, acerca de que el sida es causado por un virus llamado VIH, o que la principal vía de transmisión de VIH es a través de relaciones sexuales. Existen diferencias con lo reportado en la fase CUAL, donde en el discurso de la mayoría de las participantes se encontró: *“No, yo no conozco que es eso”* MI9, 51 años, IVSA 15 años, sin escolaridad. *“El ¿sida? es algo malo, pero no tengo mucha información sobre eso”* MI3, 30 años, IVSA 23 años, primaria (Categoría 1: Información sobre VIH, sida y otras ITS; Subcategoría 1: No tiene información sobre VIH, sida y otras ITS).

Se encontró que una participante, deja en evidencia que el tener conocimientos sobre VIH, sobre otras ITS y sobre el condón, se asocian con los beneficios percibidos para el uso del condón: *“hasta más me dio confianza porque usar el condón te previene de varias cosas y como que me da más confianza, pero si él no lo quiere hacer, pues mejor no lo uso [...] yo quiero estar con una persona que está usándolo, pues como que me siento [...] que me está cuidando ahora sí sé que le estoy importando”* MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria (Categoría: Razones del uso y no uso del condón. Subcategoría 3: Conocimiento, uso y colocación del condón).

En los resultados descriptivos las MI mencionan que la gonorrea se cura sola en la mayoría de los casos, además indican que las pastillas anticonceptivas son eficaces para prevenir la transmisión de VIH. Por lo que hay algunas similitudes en los resultados por lo que las MI no tienen claridad acerca del VIH, sida y otras ITS. En los testimonios de las participantes se encontró: *“No, la verdad no sé nada, he visto en la tele que se les pone la piel amarilla o algo así pero la verdad no se”* MI4, 32 años, IVSA 16 años,

secundaria (Categoría 1: Información sobre VIH, sida y otras ITS; subcategoría 1: No tiene información sobre VIH, sida y otras ITS).

En relación a los resultados de este segundo objetivo se encontró que los resultados de las fases CUAN y CUAL, se complementan, al revisar que ante la presencia del sexismo, aumentan las barreras percibidas en las MI para el uso del condón ($R^2=.19$, $F_{[9,376]}=9.837$, $p<.001$). Como se observa en el siguiente discurso: *“Yo le comentaba, él me dice: ¡no, yo no voy a usar condón!. Pero de todos modos igual no sé dónde se anda metiendo él, porque todavía tengo una receta de que él se andaba curando porque tenía una infección y él me dijo tú me la pusiste [...] pero ya ve que los hombres son bien machistas y no quieren usarlo [...] ¡cómo crees que me lo voy a poner, yo no me lo voy a poner, que se lo pongan los demás! Porque aunque tú te quieras cuidar, ellos no te quieren cuidar”* MI3, 30 años, IVSA 23 años, primaria (Categoría: Razones del uso y no uso del condón; subcategoría 1: La pareja no quiere usar condón).

Por el contrario, ante mayor autoestima mayor es la autoeficacia percibida en las MI para el uso del condón ($R^2=.17$, $F_{[9,376]}=8.528$, $p <.001$), como se expresa en alguno de los testimonios *“si decido tener otra pareja o no sé, pues tengo que pensar en mí, en cuidarme y es cuando tomo yo decisiones, cuando yo decido”* MI10, 21 años, IVSA 16, secundaria (Categoría: Situaciones personales e interpersonales; subcategoría 3: autoestima).

El tercer objetivo CUAN, se encontró que la autoeficacia para la colocación del condón se relaciona con la conducta sexual de riesgo en las MI ($R^2= .013$, $F_{[384]}=4.978$, $p<.026$), de acuerdo a los resultados de la fase CUAL, se encontró que si la participante propone el uso del condón puede hacer pensar a la pareja que la mujer ya ha tenido relaciones sexuales con otros hombres: *“El marido no quiere usar condón, dice: ¿porque si yo soy tu marido?, ¿haber porque lo voy a usar?, o que ¿andas*

revolcándote?, a mí me lo dice, le digo tengo que usar condón porque tú me contagiaste de algo, yo sé que yo no he estado con alguien, pero yo por eso te lo pido [...] él sí dice que con condón no es lo mismo, que no le gusta y aparte de eso, dice: ¡no voy a usarlo porque eres mi esposa, no eres una ramera!”.

De acuerdo al resultado en el cuarto objetivo CUAN, se encontró que la autoestima se asocia con la violencia de pareja ($R^2=.063$, $F_{[376]}=2.805$, $p=<.003$). La violencia de pareja que se presenta con mayor frecuencia en la violencia psicológica, en la mayoría de los discursos de las MI participantes en la fase CUAL se encontró este problema: *“Me decía yo me case contigo por lástima, porque ya se me iba el tren y fuiste la primera estúpida que cayó, insultos como que no valgo ni mierda, dice: ¡eres desperfecto humano!, ¡no sirves ni siquiera!, ¡todavía la mierda sirve para abono!, ¿pero tú?”* MI8, 32 años, IVSA 16 años, 5to primaria (Categoría: Situaciones personales e interpersonales; subcategoría 2: violencia de pareja).

El resultado del quinto objetivo CUAN, determinó que la violencia psicológica tiene efecto en la conducta sexual en MI ($R^2=.026$, $F_{[4,381]}=2.554$, $p=<.039$), de acuerdo al discurso de las participantes en la fase CUAL, una expresión de violencia psicológica es la infidelidad de las parejas: *“No le gustaba estar en la casa, pienso yo que a lo mejor será por eso que el empezó a andar con una mujer, con otra y con otra. Me sentí, no sé, humillada, como que, no sé, como rechazada, y ya no me sentí bien”* MI2, 42 años, IVSA 14, sin escolaridad (Categoría: Situaciones personales e interpersonales; subcategoría 2: violencia de pareja).

Una aportación que se encontró de la fase CUAL, fue la subcategoría cinco, que consiste en la comunicación con la red social, misma que no se indagó en la fase CUAN, sin embargo en el discurso de las MI participantes quedo precedente de esta aportación, en la cual algunas participantes pueden dialogar con su pareja, ponerse de acuerdo para la toma de decisiones, como lo señala el siguiente discurso: *“Pues primero lo*

platicamos y si en algo no estamos de acuerdo no se hace y si estamos de acuerdo se hace” MI10, 21 años, IVSA 16, secundaria (Categoría: Situaciones personales e interpersonales; subcategoría 4: comunicación con la red social).

Así mismo, algunas de las participantes refieren establecer comunicación con sus hijos en relación a la salud sexual, al transmitirles el conocimiento que ellas han adquirido a través de sus experiencias: *“Y es como le digo a mi hijo: ¡ahorita tú ya estas grande! y ¡puedes tener cuantas novias quieras, pero cuídate!, me da vergüenza hablar de sexo pero lo tengo que hacer ya tiene 15 años. Hay que cuidarse porque como le digo: ¡tú tienes 15 años!, y yo a tu edad yo me junte y sin que supiera que riesgo tenía yo”* MI1, 31 años, IVSA 15, secundaria (Categoría: Situaciones personales e interpersonales; subcategoría 4: comunicación con la red social). Algunas MI participantes, reconocen que es importante hablar con sus hijos sobre sexo, aunque les da pena. Ya que a ellas les hizo falta esta comunicación con sus padres, que las orientaran sobre la salud sexual.

Otros elementos que aportaron los resultados CUAL, fue en la categoría dos, sobre las razones para el uso y no uso del condón, ya que de acuerdo a los resultados CUAN, no se encontró relación estadísticamente significativa de los beneficios, barreras y autoeficacia percibidos para el uso del condón con la conducta sexual de las MI, sin embargo, de acuerdo al discurso de algunas de las participantes manifestaron que cuando su pareja ha usado el condón, siente que ella es importante para su pareja, el cual, es un beneficio percibido. En cuanto a los discursos de algunas mujeres en la subcategoría uno: la pareja no quiere usar condón, subcategoría dos: no le gusta usar condón a la MI, y subcategoría cinco: la MI confía en su pareja, se encontraron como barreras percibidas para el uso del condón. Finalmente en la subcategoría cuatro: la MI propone el uso del condón, se refiere a la autoeficacia percibidas para el uso del condón.

Metainferencias de los resultados mixtos

De acuerdo al análisis de los datos cuantitativos y cualitativos, la variable conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS juega un papel muy importante en la toma de decisiones en la sexualidad de las MI, se encontró que las MI no tienen conocimientos sobre estos temas, existe desinformación sobre los síntomas (los síntomas que mencionaron no corresponden a estos problemas de salud). La única vía de transmisión que reconocen para estos problemas de salud es a través de las relaciones sexuales y como única forma de prevención es el uso del condón. Además, se encontró que la información que tienen sobre VIH, sida, ITS y del condón es por comentarios de conocidas, porque lo han visto y escuchado en la televisión o la radio y porque algunas de las MI han asistido a pláticas. Sin embargo, en las pláticas de salud (en la consulta o en plenaria) cuando surgen dudas, no las resuelven, por miedo, pena o preocupación por lo que dirán las demás personas, al participar o externar sus inquietudes, ya que se generan especulaciones negativas que se difunden en la comunidad.

Como parte de la conducta sexual el considerar la autoeficacia para el uso del condón, es reconocer la capacidad, conocimiento y habilidad percibida que las MI deben desarrollar, lo que incide en integrar en sus prácticas sexuales el uso del condón. Por lo que es necesario que en este proceso se enfatice en los beneficios e información que las MI tienen sobre el uso del condón, partiendo del reconocimiento que ellas hacen en relación a que protege de ITS como el VIH, además de la prevención del embarazo, si se utiliza de manera adecuada. Reconsiderando que las MI mencionan que es necesario aprender a usar correctamente el condón. Minimizando las barreras encontradas como encontrarse en una relación monógama, y la relación de confianza con la pareja, potencializar la negociación a partir de su discurso de sentirse protegida, ya que en algún momento ha presentado alguna infección.

La conducta sexual de las MI está afectada por la violencia que la pareja ejerce en ella. Donde, se presenta un patrón de control y sometimiento, causándole daño emocional, físico, o sexual. Ante la violencia psicológica, queda limitada la libertad de expresión y de decisión. Se puede agravar esta situación ante la violencia física y sexual, donde la agresión repercute en la salud de la MI.

La comunicación de la MI con su red social, es un elemento que influye en su conducta sexual. Reafirmando la información que ha adquirido por diversas fuentes y transfiriéndola a sus hijos como parte de una herencia cultural de cuidado de salud sexual. Esta comunicación al establecerse con la pareja no es fácil ya que la MI siente vergüenza en abordar temas sexuales, además por parte de la pareja hay falta de credibilidad sobre la información que la MI le facilita. La comunicación hacia los hijos, principalmente los que se encuentran en la etapa de la adolescencia, sólo se limita en recomendaciones sobre el cuidado de la salud sexual.

De acuerdo a la autoestima, las MI que se sienten satisfechas consigo mismas, expresan ser útiles con lo que realizan, además toman decisiones en relación a su salud sexual y procuran evitar ser dañadas por la violencia que ejerce su pareja.

Modelo de conducta sexual en mujeres indígenas (M-CONSEXMI)

Como parte del resultado final del análisis mixto, se propone el Modelo de conducta sexual en mujeres indígenas (M-CONSEXMI), el cual, está integrado por los siguientes conceptos: 1) Autoestima: como el grado de satisfacción que las MI tienen sobre sí mismas. 2) Conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS: información que las MI tienen sobre el VIH, sida y otras ITS. 3). Autoeficacia para el uso del condón: capacidad, conocimiento y habilidad y disposición de las MI acerca del uso del condón. 4). Violencia de pareja: patrón de control coercitivo, deliberado, repetitivo y prolongado que ejerce la pareja en las MI que le genera un impacto en la vida, salud y bienestar. 5). Comunicación con la red social: se refiere al dialogo o intercambio de información sobre

temas sexuales entre las MI y sus parejas, hijos, padres o personas de confianza, incluyendo al personal de salud.

Se presentan las siguientes proposiciones:

1. La autoestima influye de manera positiva en la conducta sexual en las MI.
2. Los conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS influye de manera positiva en la conducta sexual en las MI.
3. Los beneficios percibidos para el uso del condón influyen de manera positiva en la conducta sexual en las MI.
4. Las barreras percibidas para el uso del condón influye de manera negativa en la conducta sexual en las MI.
5. La autoeficacia para el uso del condón influye de manera positiva en la conducta sexual en las MI.
6. Las violencia de pareja influye de manera negativa en la conducta sexual en las MI
7. La comunicación con la red social influyen de manera positiva en la conducta sexual en las MI.

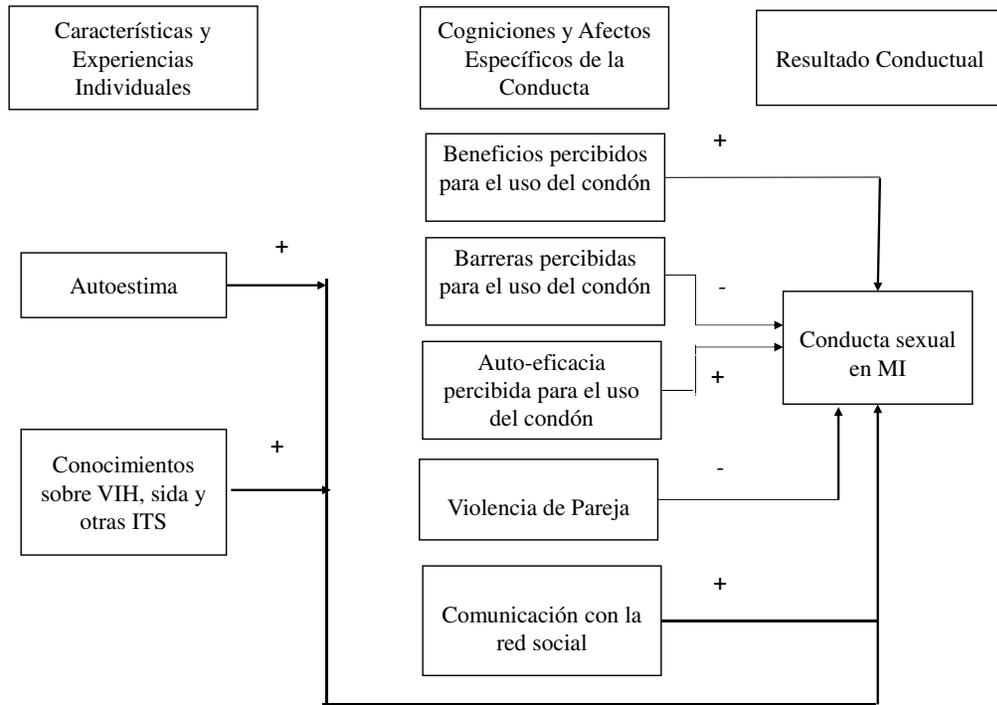


Figura 15. Modelo de conducta sexual en MI (M-CONSEXMI)

Capítulo IV

Discusión

El objetivo del presente estudio fue probar un modelo de la conducta sexual en MI a través del empleo de métodos mixtos. Por lo que se presenta la discusión de los resultados con base en las variables planteadas, en primer término se discute el resultado obtenido de los objetivos, intercalando las variables que de acuerdo a la literatura se vinculan con la conducta sexual en MI. Así mismo, se presentan las conclusiones, limitaciones y recomendaciones.

El estudio permitió un acercamiento a este grupo social, que es una población vulnerable que experimenta múltiples formas de discriminación e invisibilidad, por su origen indígena, por razones de género y por el estatus económico o social, como lo señalan Herrera y Duhaime (2014) y como lo enfatizan Ponce et al. (2011), las MI presentan una triple desventaja en su capacidad de decisión al ser mujeres, ser pobres y ser indignas, así mismo, refieren que la base de su vulnerabilidad se encuentra en los comportamientos de género tradicionales, la dominación masculina, la violencia de género y la falta de decisión sobre sus derechos sexuales y reproductivos.

De acuerdo a lo señalado por CENSIDA (2014); Ponce et al. (2011) y Romero et al. (2011), se encontró coincidencia en el presente estudio que las MI, presentan conductas sexuales que pueden ser potencialmente de riesgo para la transmisión de ITS incluyendo el VIH, sida. De acuerdo a los resultados de este estudio, la mayoría de las MI se encuentran en edad reproductiva, encontrando coincidencia con lo reportado por la OMS (2016) y la ENASSER (2009) que es una etapa en la que se encuentran sexualmente activas con un poder restringido en el uso del condón.

De acuerdo a la relación de la edad del inicio de la vida sexual, la autoestima, la escolaridad, el sexismo, los conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS, con la conducta sexual en MI, en relación a los resultados del estudio se encontró que solo la escolaridad

se asoció con la conducta sexual, reportándose que a mayor años de escolaridad, mayor es la conducta sexual de riesgo en MI. Lo que coincide con lo reportado por Ramírez, (2011) quien hace referencia sobre la identificación de comportamientos de riesgo al aumentar el número de años de las MI en el sistema educativo, lo cual, está relacionado con mayor libertad, con la convivencia de pares del sexo opuesto y en la experimentación de su sexualidad, donde, por sus prácticas culturales no hay posibilidad de la negociación del condón.

Al interior de sus comunidades el que las MI continúen estudiando, se percibe como una amenaza a sus tradiciones; como se encontró en el testimonio de algunas MI, en los resultados cualitativos, lo que coincide con lo reportado por Jasso y Rosas (2014), sobre que las MI que siguen estudiando retrasan la edad de la unión conyugal y por ende la reproducción. Sin embargo, esta situación también expone a las MI a una conducta sexual de riesgo, ya que no reciben educación sexual.

Principalmente, porque las MI estudian en promedio cuatro años, dato que coincide con lo reportado por Bocos (2011) y la ENASSER (2009). Así mismo, existen similitudes con los resultados de Jasso y Rosas (2014), con base en el porcentaje de las MI que se encuentran sin escolaridad, se presentan diferencias mínimas a nivel nacional de acuerdo a Ponce et al. (2011); por lo que las MI que no tienen acceso a la educación formal se encuentran limitadas a la adquisición de herramientas personales para la toma de decisiones y de manera específica al ejercicio de sus derechos sexuales, lo que coincide con Schmelkes (2013).

Por lo que es necesario que enfermería aborde a las MI en la etapa escolar para otorgarles educación sexual, ya que un porcentaje importante de esta población no continuará sus estudios por situaciones culturales, y las MI que continúan en la escuela es necesario tengan la información oportuna para una conducta sexual sin riesgos.

Aunque no se confirmó una relación directa en el modelo de regresión de la conducta sexual en MI, con el sexismo y los conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS, se reportó como hallazgo una relación entre estos, lo que coincide con Romero et al. (2011), en el cual, analizaron el comportamiento sexual de las MI a través de un índice de conocimientos sobre VIH y sida, por lo que reportan el no uso del condón en sus relaciones sexuales por falta de conocimientos sobre estos temas.

En el sexismo, Ragsdale et al. (2009), reportó que las mujeres tienen relaciones sexuales sin protección por la subordinación de la mujer hacia el hombre, lo que coincide con los resultados cualitativos. Además, se destaca que las MI presentan conductas de sumisión al aceptar que los hombres son los que mandan, al desarrollar un rol de obediencia, lo cual coincide con los resultados de este estudio, que enmarca que las MI deberían ser queridas y protegidas por los hombres, lo que coincide con lo reportado en Hernández et al (2012), Ramírez (2011), Cianelli et al. (2008) y la OMS (2010).

En el caso de las variables de edad en la que tuvo su primera relación sexual y autoestima en las MI, no se confirmó relación con la conducta sexual, sin embargo, es necesario mencionar los hallazgos encontrados. En el caso de la edad en la que las MI tuvieron su primera relación sexual, se presentan resultados similares a este estudio, como lo reportado en CONAPO (2016); Wand y Ramjee (2012) y Rojas y Castrejón (2011) donde las MI inician su vida sexual activa en la etapa de la adolescencia, a la edad de 17 años.

Así mismo, aunque en este estudio no se encontró relación de la IVSA con la conducta sexual, en los estudios de Wand y Ramjee (2012) y Evangelista y Kauffer (2009), reportan asociación de la IVSA con el número de parejas sexuales en MI; diferencia que puede deberse a que en este estudio un porcentaje mínimo refirieron tener más de una pareja sexual en los últimos 12 meses, se enfatizan en una relación

monógama, por lo que la exposición ante una conducta sexual de riesgo por el número de parejas no se considera, al menos en esta población estudiada.

En relación a la autoestima, se encontró que la media estuvo por arriba del punto intermedio, lo que indica que las MI refirieron estar satisfechas y a gusto consigo mismas, dato similar en lo reportado en Morales, Alonso y López (2011), quienes realizaron un estudio en mujeres no indígenas, pero con características sociodemográficas equivalentes. Así mismo, este mismo estudio presentó semejanza con lo reportado como autoestima baja, donde las mujeres desearían tener más respeto para ellas mismas. En el estudio realizado por Acosta (2006), con población indígena, se reportan resultados similares en el cual, algunas causas que generan esta situación son el machismo, tabúes acerca del sexo, la falta de educación y violencia, incidiendo en la no participación de programas que benefician la salud.

Al explorar la relación de la edad del inicio de la vida sexual, la autoestima, la escolaridad, el sexismo, los conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS, con los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón, de acuerdo a los tres modelos de regresión, se encontró en el primer modelo que a mayor conocimiento sobre el VIH, sida, otras ITS y el condón se encuentra mayor beneficio para el uso del condón, lo que coincide con lo reportado por Ruiz et al. (2006); otro de los beneficios reportados fue la efectividad para la prevención de embarazos, lo que coincide con Cecil et al. (2016), que encontró relación significativa del uso del condón con la eficacia anticonceptiva, en este mismo estudio se observó como hallazgo adicional la disposición de la pareja ocasional para tener relaciones sexuales con el uso del condón, no así en los resultados de este estudio.

De acuerdo a los resultados encontrados sobre los conocimientos que las MI tienen sobre el VIH, sida y otras ITS, esta reportó una media ligeramente por encima del punto medio, lo que indica que las MI tienen conocimiento de que el sida es causado por

el VIH, que la principal forma de transmisión del VIH es a través de las relaciones sexuales, dato similar a lo reportado en Zambrano et al. (2013). A diferencia de los resultados hallados por Taylor et al. (2015), Pavía et al. (2012) y Ponce et al. (2011), donde, el mayor porcentaje de las MI carecen de conocimientos sobre VIH, sida, otras ITS; sin embargo, coincide con lo encontrado de manera cualitativa, donde el total de la población no tiene conocimientos sobre estos problemas de salud.

Los resultados de Calvillo y Rodríguez (2014), coinciden con lo encontrado en el discurso de las MI de los resultados cualitativos, donde se reporta que la mayoría tienen discursos respecto a que las pastillas anticonceptivas son eficaces para prevenir la transmisión del VIH; así mismo, se encontraron semejanzas con Ramiro et al. (2011), quienes reportan menores conocimientos sobre las formas de transmisión y prevención.

Algunos hallazgos diferentes, se reportan en los estudios de Pavía et al. (2012) y Zambrano et al. (2013), que fueron referentes a los medios por los que las MI adquieren la información, ya que en estos se reportó que fue a través de la radio, lo que difiere con lo encontrado en este estudio que es a través de la asistencia a pláticas, esto último coincide con Ponce et al. (2011), donde los temas son abordados de manera superficial y enfocados exclusivamente a las mujeres que asisten algún programa de los centros de salud. Por lo que se concreta la falta de conocimiento en las MI, sobre VIH, sida y otras ITS, los síntomas presentados, mecanismos de transmisión y prevención.

En relación al resultado del segundo modelo de regresión, existe relación entre los conocimientos sobre el VIH, sida y otras ITS y el sexismo, sobre las barreras para el uso del condón, el cual coincide con lo reportado por Romero et al. (2011), quienes mencionan que la falta de conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS es una barrera para el uso del condón. Así mismo, en los hallazgos de Hernández (2012), menciona que el sexismo actúa como barreras para el uso del condón, al reportar que la pareja sexual de

la mujer se considera invulnerable ante las ITS, incluyendo el VIH, sida, por lo que se niega a usar el condón.

Otra barrera en las MI para el uso del condón relacionada con el sexismo es la que coincide con Hernández et al. (2012) y la OMS (2010), donde la MI es discriminada al proponer el uso del condón, ya que representa una imagen de mujer excesivamente experimentada en la sexualidad.

En el tercer modelo se encontró relación de la autoestima, escolaridad, sexismo, y conocimiento sobre VIH, sida y otras ITS, con autoeficacia percibida para el uso del condón.

En relación al resultado sobre a mayor autoestima mayor autoeficacia percibida para el uso del condón, se encontró semejanza con lo reportado por Sayles et al. (2006), el cual refiere que la autoeficacia para el uso del condón aumenta en aquellas mujeres africanas que tienen planes en su vida personal, además como hallazgo adicional reporta que las estas mujeres con alta autoeficacia utilizan el condón en su último encuentro sexual. Así mismo encontró una relación directamente proporcional entre los conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS y la autoeficacia para el uso del condón. Así mismo, se encontraron similitudes con lo reportado por Rodríguez y Mino (2012), quienes refieren que las MI, tiene acceso limitado a la información científica para prevenir de infecciones de transmisión sexual, además que la sexualidad es vista como un tabú.

Se encontraron similitudes con los resultados cuanti y cualitativos en los estudios realizados por Rosales y Mino (2012) y Villegas et al. (2014) los cuales reportan que la autoeficacia se ve afectada por la dominación masculina y comportamientos de género tradicional, donde las MI manifiestan no saber colocar el condón, sentir vergüenza en caso de tener que colocárselo a su pareja, además de no tener habilidades para la negociación de su uso, les da miedo que su pareja las rechace.

De acuerdo a la relación de los beneficios, barreras y autoeficacia para el uso del condón con la conducta sexual en MI, se encontró que a mayor autoeficacia para el uso del condón, las MI tienen mayor exposición a una conducta sexual de riesgo, lo que coincide con Bonacquisti y Geller (2012) y Ramírez (2011), donde las MI refieren que la negociación del uso del condón puede hacer pensar a la pareja que son “fáciles” o que tuvieron relaciones sexuales con otras parejas. Incluso, a pesar de percibir encontrarse en riesgo ante alguna infección vaginal o ITS y reconocer la necesidad de negociar y utilizar protección, otro elemento determinante en la decisión para el uso del condón es la confianza que muestran de la pareja.

Por lo que, las MI tienen mayor exposición a una conducta sexual de riesgo, resultado que explica Bonacquisti y Geller (2012), sobre que para lograrse el uso del condón debe haber un acuerdo y/o negociación con la pareja. Situación que no se presenta.

De acuerdo a los resultados identificados en este estudio, aunque no se confirmó una relación directa de las barreras con la conducta sexual, las actitudes negativas hacia el uso del condón, es una barrera, la cual, si manifiesta en los resultados cualitativos; con lo que se encontró semejanza en lo reportado por Villegas et al. (2014), Rosales y Mino (2012), Ramiro et al. (2011), OMS (2010) y Ruiz et al. (2006) en el cual se expresa disgusto por utilizar condón durante las relaciones sexuales, al referir que no tienen la misma sensación como cuando no lo utilizan, o que les genera incomodidad y molestia tanto a la MI como a la pareja, donde es muy clara la falta de consideración ante el posible riesgo de contagio de alguna ITS, y como se encontró en Ramiro et al. (2011) existe la creencia que la causa para VIH, sida está relacionada con el destino o la suerte.

De igual forma, aunque estadísticamente no se señaló una relación significativa de los beneficios para el uso del condón con la conducta sexual, se encontraron resultados cualitativos que evidencian esta relación. Lo que tiene coincidencias con lo

referido en Cianelli et al. (2008), las mujeres usan el condón cuando tienen relaciones sexuales fuera del matrimonio, solo para evitar el embarazo, no para la protección de alguna ITS. En el caso de Chavoshi et al. (2013), las mujeres que han utilizado el condón es por algún antecedente de infección vaginal o ITS.

De acuerdo a los resultados cualitativos, en el que las MI expresan como se sienten respecto a sus relaciones sexuales, se puede observar que tiene un rol de género pasivo, además de la implicación moral de tener una vida sexual activa. Encontrándose coincidencia con lo reportado por Evangelista y Kauffer (2009) que refiere, que la mayoría de las MI inician sus relaciones sexuales, sin plena conciencia, sin sentirse preparadas, incluso refieren la falta del uso del condón, como lo reporta Stöckl et al. (2013).

Un hallazgo diferente a los resultados en este estudio, es el de Reid y Aiken (2010), en el que refiere que la autoeficacia es un predictor para el uso del condón cuando se tiene relaciones sexuales con parejas ocasionales, por lo que, como ya se comentó con anterioridad, la exposición ante una conducta sexual de riesgo por el número de parejas no se considera, al menos en esta población estudiada, ya que el mayor porcentaje se encuentra en una relación monógama.

De acuerdo a la asociación de la autoestima con la violencia de pareja, se encontró semejanza con lo que establece OMS (2016), donde la violencia de pareja involucra un patrón de control coercitivo, deliberado, repetitivo y prolongado, lo que genera un impacto en la vida, salud y bienestar de las MI. Encontrándose que la MI no verbaliza encontrarse ante esta situación a pesar del abuso emocional (psicológico) y físico, es decir propicia una violencia invisible, donde, el principal agresor es su pareja y la comunidad legítima, alineada a su cultura reconociéndola como normal, incluso como un instrumento sancionadorlo, mismo que coincide con Morales, Alonso y López (2011) y Burgos et al. (2012).

De acuerdo a resultados reportados en INEGI, (2013), Morales, Alonso y López (2011) y Burgos et al. (2012), se encontraron coincidencias en que la violencia psicológica es la que se presenta con mayor frecuencia en diversas formas de agresión que afectan el estado emocional de las MI. Seguida de la violencia física, la cual se manifiesta por agresiones dirigidas al cuerpo de la mujer, traducidas en intento o daño permanente y/o temporal al usar la fuerza física o algún tipo de arma u objeto. Y finalmente la violencia sexual en la que se presenta un sometimiento o coerción con el fin de tener relaciones sexuales, este tipo de violencia es reportada en menor porción, debido a sistemas de apoyo inadecuado, vergüenza, temor o riesgo de represalias o de ser culpadas.

De acuerdo a la relación de las variables propuestas se encontró que solo la autoestima se asoció con la violencia de pareja, resultado similar en los resultados de los estudios de Puri et al. (2012); Puri et al. (2011) y Hernández y Bernal (2011), en los que refieren que las MI en situaciones de mayor riesgo de violencia de pareja son aquellas con bajos niveles de autoestima. Aunado al uso del alcohol e infidelidad por parte de la pareja. De acuerdo a la relación de la violencia de pareja con la conducta sexual en las MI, se encontraron coincidencias con lo reportado en Ulloa et al. (2010), donde las MI son sometidas físicamente a tener una relación sexual donde queda limitada su libertad de expresión y de decisión.

De acuerdo a la conducta sexual de las MI se encontraron similitudes con lo reportado en Taylor et al. (2015) y Pavía et al. (2012) en el cual, refieren que la mayoría de las MI solo tienen una pareja sexual y que esta es estable, así mismo Bonacquisti y Geller (2012) reafirma que se encuentran en relaciones monógamas, por tal situación, no consideran el riesgo ante una ITS, incluyendo el VIH, ya que refieren no tener relaciones sexuales con desconocidos o por el simple hecho de no tener diferentes parejas sexuales, por tal motivo no consideran el uso del condón.

Aun que un bajo porcentaje de las MI del presente estudio reportan tener parejas ocasionales, coincide con lo reportado por Rodríguez y Mino (2012), Ragsdale et al. (2009), Sierra (2009) y Devries et al. (2009) quienes mencionan que un bajo porcentaje de MI reportan más de una pareja sexual u ocasional. Lo anterior puede deberse a que las MI han migrado de su lugar de origen en busca de empleo o bien por continuar sus estudios, lo cual les permite mayor libertad en la experimentación de su sexualidad, ya que no sienten las reglas de la casa, como lo afirma Jasso y Rosas (2014), las MI no han tenido la oportunidad de educación sexual adecuada y se encuentra ante otros contextos de vulnerabilidad, en prácticas de riesgo en relación a su sexualidad donde, la influencia cultural no le permite la negociación del condón, como se encontró en Ramírez (2011). Situación que se afirma en Reid y Aikon (2010) en el que las mujeres de algunas etnias presentan múltiples parejas sexuales, las cuales reportaron no haber utilizado el condón en el encuentro sexual más reciente.

Como parte de la conducta sexual en las MI en relación a la frecuencia y uso del condón se encontraron diferencias mínimas con lo reportado en Romero et al. (2011), Ragsdale et al. (2009) en el cual, un bajo porcentaje ha utilizado alguna vez el condón. Así mismo, un hallazgo que difiere con los resultados de este estudio, fue lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2009), la cual, afirma que más de la mitad de las MI no tiene acceso a un condón.

Limitaciones

Para medir la variable resultado del modelo de conducta sexual en MI, se construyó un cuestionario de la conducta sexual en MI, el cual, limitó los resultados de la fase CUAN, sin embargo, los hallazgos encontrados contribuyen a la disciplina de enfermería.

Conclusiones

La mayoría de las participantes en este estudio reportó encontrarse en edad reproductiva, la mayoría indica contar con un nivel de escolaridad hasta primaria, la mayoría de las MI reportó haber tenido una pareja sexual estable los últimos 12 meses. La mayor parte de las participantes inició su vida sexual activa a los 17 años. Un porcentaje mínimo de las MI reportó tener ITS.

Se encontró que a mayor escolaridad se conducta sexual de riesgo aumenta. Así mismo, se identificó que a mayor conocimiento general del VIH, sida y otras ITS, mayores beneficios percibidos para el uso del condón. A mayor sexismo, aumentan las barreras percibidas para el uso del condón. Por otra parte a menor conocimiento general del VIH, sida y otras ITS aumentan las barreras percibidas para el uso del condón. Así mismo a mayor autoestima, escolaridad, y conocimiento general del VIH, sida y otras ITS mayor es la autoeficacia percibida para el uso del condón en las MI, también se encontró que a mayor sexismo disminuye la autoeficacia percibida para el uso del condón.

Se encontró que las MI con mayor autoeficacia percibida para el uso del condón mayor es conducta sexual de riesgo. A mayor autoestima, mayor es la violencia de pareja en las participantes. En cuanto a mayor violencia de pareja, mayor es conducta sexual de riesgo.

Recomendaciones

El abordaje realizado ha dado apertura en el abordaje en un grupo de difícil acceso por lo que se sugiere se realicen futuras investigaciones en otros grupos etarios indígenas para dar continuidad a esta línea de investigación.

Es necesario complementar la información por lo que se recomienda se realice esta investigación en población masculina, lo que permitirá crear perfiles de la conducta sexual en hombres de diferentes grupos de edad, y posteriormente considerar un abordaje de la pareja.

Con el modelo final se sugiere desarrollar estudios de intervención que incida en otorgar cuidado para la promoción de una conducta sexual segura en MI, se deben considerar principalmente las variables que presentaron relación en la conducta sexual, lo que permitirá fortalecer el cuerpo de conocimientos de la disciplina.

En la aplicación del inventario de sexismo ambivalente, se encontraron algunas limitaciones por lo que se requiere de una herramienta más objetiva para la medición de la variable sexismo.

Referencias

- Acosta, R. (2006). La autoestima en la cultura indígena chatina de México. *Mendive*, 4 (2). Recuperado en http://www.revistamendive.rimed.cu/nfuentes/num14/pdf/Art_6_Rodolfo.pdf
- Bahamón, M., Vianchá, P., & Tobos, V. (2014). Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. *Psicología desde el Caribe*, 31 (2), 327-353.
- Bamberger, M. (2012). Introduction to mixed methods in impact evaluation. Impact evaluation notes. *The Rockefeller foundation*. Recuperado en: [https://www.interaction.org/sites/default/files/Mixed%20Methods%20in%20Impact%20Evaluation%20\(English\).pdf](https://www.interaction.org/sites/default/files/Mixed%20Methods%20in%20Impact%20Evaluation%20(English).pdf)
- Bandura, A. (1986). Social foundation of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Biraro, S., Shafer, L., Kleinschmidt, I., Wolff, B., Karabalinde, A., Nalwoga, J., Musinguzi, J., Kirungi, W., Opio, A., Whitworth, J., & Grosskurth, H. (2009). Is sexual risk taking behaviour changing in rural south-west Uganda. *Behaviour trends in a rural population cohort*, 85 (1), 3-11.
- Bocos, R. (2011). Situación de las mujeres en los pueblos indígenas de América Latina. Obstáculos y retos. Centro de ayuda Humanitaria, KALU Institute. Recuperado en: http://kaluinstitute.org/wp-content/uploads/attachments/Situacion-mujeres-indigenas-AL_Judith-Bocos.pdf
- Bonacquisti, A., & Geller, P. (2013). Condom-use intentions and the influence of partner-related barriers among women at risk for HIV. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (3), 3328-3336.
- Brafford, M. A., & Beck, K. H. (1991). Development and validation of a condom self-efficacy scale for college students. *J. Am Coll Health*, 39 (5), 219-25.

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Calfio, M. M., & Velasco, L. F. (2005). Mujeres indígenas en América Latina: Brechas de género o de étnia?file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/Genero+y+Etnia%20(1).pdf
- Calvillo, P., & Rodríguez, C. (2014). Conocimientos y comportamientos en salud sexual de estudiantes indígenas guatemaltecos residentes en una comunidad rural. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, (30), 4. Recuperado en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol30_4_14/mgi08414.htm
- Campbell, J., Baty, M., Ghandour, J. & Stockman, J. (2008). The intersection of intimate partner violence against women and HIV/AIDS: a review. *Int J Inj Contr Saf*, 15 (4), 221- 231.
- Campos, M. (2011). Manual de Salud mental para mujeres indígenas amazónicas. *Oxfam novib*. Recuperado en: http://www.flora.org.pe/pdfs/Manual_SaludMental.pdf
- Cárdenas, M., Lay, S., González, C., Calderón, C., & Alegría, I. (2010). Inventario de sexismo ambivalente: adaptación, validación y relación con variables psicosociales. *Revista Salud & Sociedad*, 1 (2), 125- 135.
- Castro, M. (2008). Los determinantes socioculturales en la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas. *Rev Umbr Cs Soc*, 18 (1), 203-235.
- Cecil, H., Pinkerton, S., & Borgart, L. (2016). Perceived Benefits and Barriers Associated with the Female Condom among African-American Adults. *Journal of Health Psychology*, 4 (2), 165-175. <http://hpq.sagepub.com/remoto.dgb.uanl.mx/content/4/2/165.full.pdf+html?>
- Centro de Información de las Naciones Unidas [CINU] (2010). Centro de Información de las Naciones Unidas (CINU). Poblaciones indígenas. Recuperado en: http://www.cinu.org.mx/temas/p_ind.htm

- Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas [CIENI] (2011). 30 años del VIH-SIDA. Perspectivas desde México. Recuperado de:
<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/30anosdelvihsida.pdf>
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida [CENSIDA]. (2014). Mujeres y el VIH y el Sida en México. Recuperado en:
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/M_V_S.pdf
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida [CENSIDA], (2014). Guía Nacional para la prevención del VIH y el sida. Recuperado de:
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/GUIA_NACIONAL_2014.pdf
- Chavoshi, C., Moniruzzaman, R., Schechter, L., & Spittal K. (2013). The cedar project: understanding barriers to consistent condom use over time in a cohort of young indigenous people who use drugs. *International Journal of Sexual Health*, 25 (4), 249- 259.
- Cianelli, R., Ferrer, L., & McElmurry, J. (2008). Prevención del VIH y las mujeres chilenas de bajos ingresos: Machismo, marianismo y conceptos erróneos VIH. *Cultura, Salud y Sexualidad*, 10 (3), 297-306.
- Cid, H. P., Orellana, Y. A., & Barriga, O. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev. Med. Chile*, 138 (5), 551-557.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas [CDI] (2010). Indicadores con perspectiva de género para los pueblos indígenas.
- Compte E. J. (2012). Imagen corporal y conductas sexuales de riesgo en adolescentes: un estudio teórico. *Revista de Psicología GEPU*, (3) 2, 235-254.

- Confederación Nacional de Mujeres Indígenas de Bolivia (2012). Mujer indígena en adolescentes y VIH: prevención desde un enfoque intercultural. Recuperado en: <http://www.interarts.net/descargas/interarts1554.pdf>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2016). Situación de la salud sexual y reproductiva. Recuperado en: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/170177/Situacion_SS_y_R_2016.pdf
- Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2013). La situación demográfica de México. Recuperado en: http://conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1727/1/images/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2013_COMPLETO.pdf
- Cordero, M. L., Luna, F. A., & Vattuone, R. M. (2010). Salud de la mujer indígena: intervenciones para reducir la muerte materna. *Banco interamericano de desarrollo*. Recuperado en: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/246/Salud%20de%20la%20mujer%20ind%C3%ADgena.pdf>
- Creswell, W. J. (2013). Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches.
- Cruz, C. (2012). Modelo de promoción de la salud aplicado a la conducta de actividad física en jóvenes de Monterrey (Tesis doctoral). Recuperado de: <http://eprints.uanl.mx/5959/1/1080240801.pdf>
- Cruz, C., Ramos, U., & González, C. (2011). Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS, dirigida a personal de servicios de salud. Recuperado en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/guia_preencion_diagnostico_ITS-FEB13CS4.pdf

- Devries, K., Caroline, J., Morison, L., & Saewyc, E. (2009). Factors Associated With the Sexual Behavior of Canadian Aboriginal Young People and Their Implications. *Health Promotion*, (99), 5, 855-862.
- Díaz, N. M., Díaz, N. M., & Beristaín, G. I. (2011). Proceso enfermero basado en el modelo de promoción de la salud. *Desarrollo científico enferm*, 19 (4).
Recuperado en: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-139.pdf>
- Dulock, H. L., & Holzemer, W. L. (1993). Substruction: Improving the linkage from theory to method. *Nursing Science Quarterly*, 4(2), 83-87.
emergente en la antropología. *Desacatos* (35) pp. 13-28. Recuperado en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-92742011000100002
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica [ENADID], (2008). Los pueblos indígenas y los indicadores de bienestar y desarrollo. Pacto del pedregal. Informe preliminar.
<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/eventos/ixeieg/doctos/30desep/sesion%204%20b/informe.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (2011). Informe final V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008 – 2009. Recuperado en:
<https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/01/22/LYk4A1kGJAO7lvfS0Aq6tezUa9tQh35.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [ENASSER] (2009). Grupos étnicos y el VIH/SIDA en Panamá. Informe de Análisis secundario. Recuperado en:
[file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/fs-14-101%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/fs-14-101%20(1).pdf)
- Encuesta Nacional sobre Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas [ENSADEMI], (2008). Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas. *Instituto Nacional de Salud Pública*.

- Espada, J. P., Guillén, R. A., Morales, A., Orgilés, M. & Sierra, J., C. (2014). Validación de una escala de conocimientos sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *Atención Primaria*, 46 (10), 558-564
Recuperado de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714001322>
- Evangelista, G., & Kauffer, M. (2009). Iniciación sexual y unión conyugal entre jóvenes de tras municipios de la región fronteriza de Chapas. *La ventana*, 30 (4), 181-221.
- García, L., & Jácome, T. (2006). Las mujeres indígenas de México; su contexto socioeconómico, demográfico y de salud. Instituto Nacional de las Mujeres, Consejo Nacional de Población, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Secretaria de Salud. Recuperado en:
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100833.pdf
- Glick, P., & Fiske, S. (1996). The ambivalent sexism inventory: differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491-512.
- González, M. S., & Mojarro, I. M. (2011). Algunas dimensiones de la nupcialidad y la situación de las mujeres en ocho regiones indígenas de México. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Retos, problemáticas y políticas de la población indígena en México. Miguel Ángel Porrúa. 181- 205
- Grove, S., Burns, N., & Gray, J. (2013). Practice of nursing research. Elsevier.
- Hayati, E., Högberg, U., Hakimi, M., Ellsberg, M., & Emmelin, M. (2011). Behind the silence of harmony: risk factors for physical and sexual violence among women in rural Indonesia. *BMC Womens Health*, (11), 52. Recuperado en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3257195/>

- Hernández C. (2010). Manual auto género y autoestima de las mujeres. Tabasco, México. Instituto Estatal de las Mujeres de Tabasco. Recuperado en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/Tabasco/tabmeta13_7.pdf
- Hernández, B. (2007). Los Indios de México en el siglo XXI. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández, C., & López, R. (2011). Adaptación transcultural de la escala para medir autoeficacia en el uso del condón masculino. *Index de Enfermería*, (20) 3, 194-198.
- Hernández, G., García, M., Bernal, E., Castañeda, X. & Lemp, G. (2008). Migración y ruralización del SIDA: relatos de vulnerabilidad en comunidades indígenas de México. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Recuperado en: https://books.google.com.mx/books?id=CMNB_W_L2lkC&pg=PA32&lpg=PA32&dq=uso+del+condon+de+las+mujeres+indigenas&source=bl&ots=JUKv1P_7My&sig=NE72IHNUVodBcLfoeojaoEzflc&hl=es&sa=X&ei=UHGcVZOiJY32yQT5_rbIBg&ved=0CEYQ6AEwBg#v=onepage&q=uso%20del%20condon%20de%20las%20mujeres%20indigenas&f=false
- Hernández, M., Zule, A., Karg, S., Browne, A., & Wechsberg, M. (2012). Factors That Influence HIV Risk among Hispanic Female Immigrants and Their Implications for HIV Prevention Interventions. *International Journal of Family Medicine*, 87 (2), 1-11.
- Herrera, C., & Duhaime, B. (2014). La pobreza de las mujeres indígenas en México. Una intersección de discriminaciones en las políticas de Estado. Debate feminista. Recuperado en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188947816300160>
- Holmes, C., & Williams, E. (2011). Captanins and selly – welly: indigeous women and the role of transactional sex in homelessness. Batchelor Institute.

http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=244&Itemid=54

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). Estadísticas a propósito del día internacional de la juventud. Recuperado el 8 de diciembre de 2014, en:
<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2012/juventud12.asp?c=2844&>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], (2011). Panorama de violencia contra las mujeres en México. *ENDIREH*. Recuperado en:
http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/2011/702825048327.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres (2009). Breve análisis de la situación de salud reproductiva de mujeres de habla indígena y no indígena Resultados de la Encuesta Nacional sobre la dinámica demográfica 2006 y 2009. Recuperado en:
http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101214.pdf

Jasso, M. I., & Rosas, V. R. (2014). Experiencias de educación en la Universidad Intercultural Indígena de Michoacán (UIIM), desde una perspectiva de género. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 8 (2), 247-262.

Jewkes, R. (2013). Intimate partner violence: the end of routine screening. *Lancet*, 382, 98-102.

Kolahdooz, F., Lim, J., Corriveau, A., Gotay, C., Johnston, N., & Sharma, S. (2014). Knowledge, attitudes, and behaviours towards cancer screening in indigenous populations: a systematic review. *The Lancet Oncology*, 15 (11), 504-516.

Kumar, P. (2014). Use of Contraceptives and Unmet Need for Family Planning among Tribal Women in India and Selected Hilly States. *Journal of Health Population and nutrition*, (32), 2, 23-30.

- Laguado, J. E., & Gómez, D. M. (2014). Estilos de vida saludable en estudiantes de enfermería en la universidad cooperativa de Colombia. *Hacia la promoción de la Salud*, 19, (1), 68-83.
- Lerner, S. & Rodríguez, G. (2009). Salud reproductiva y condiciones de vida en México. El Colegio de México, A.C. y Afluentes S.C. Recuperado en:
<http://www.afluentes.org/wp-content/uploads/2010/01/Salrep-Colmex.pdf>
- Luiciano, D., Iacono, M., Vaquerano, G., & Vázquez, M. (2014). Manual para fortalecer el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres que viven con VIH en América Latina.
http://www.oas.org/es/cim/docs/Manual_CIM_ONUSida_ES.pdf
- Mavedzenge, S., Weiss, H., Montgomery, E., Blanchard, K., Bruyn, G., Ramjee, G., Chipato, T., Padian, N. & Van, S. (2011). Determinants of differential HIV incidence among women in three southern African locations. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 58, (1), 88-99.
- Miller W. M., García E. J., Alvarez B., Flores R., Morales-Miranda S., Aragón López M., Samayoa C., & Paz-Bailey G. Perfil epidemiológico del VIH Guatemala. (2011). *Epidemiologic Profile of HIV in Guatemala*. Reporte. 2011 Ciudad de Guatemala: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Universidad del Valle de Guatemala.
- Montenegro, R., & Stephens, C. (2006). Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet*, 367 (3), 1859-1869.
- Morales, R.A., Alonso, C. M., & López, G. K. (2011) Violencia de género y autoestima de las mujeres de la Ciudad de Puebla. *Revista Sanidad Militar*. Recuperado en:
<http://investigacion.cephcis.unam.mx/generoyrsociales/index.php/violencia-de-genero-y-autoestima-de-las-mujeres-de-la-ciudad-de-puebla-tte-enfra-alejandra>

coral-morales-reyes-dra-maria-magdalena-alonso-castillo-dra-en-enfria-karla-selene-lopez-garcia/

Nuñez, N. G. (2010). Hombres indígenas, diversidad sexual y vulnerabilidad al vih-Sida: una exploración sobre las dificultades académicas para estudiar un tema emergente en la antropología. *Desacatos* (35) pp. 13-28. Recuperado en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-92742011000100002.

Ocampo, O. L. (2015). Autoestima y adaptación en víctimas de maltrato psicológico por parte de la pareja. *Psicología desde el Caribe*, (32), 1. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/213/21337152006.pdf>

ONUSIDA (2010). Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida 2010. Recuperado en: http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_es.htm

Organización de la Naciones Unidad [ONU] (2007). Violencia contra las mujeres indígenas en Guatemala. Recuperado de: <http://www.ohchr.org.gt/documentos/publicaciones/Estudio%20sobre%20violencia%20dom%C3%A9stica%20hacia%20mujeres%20ind%C3%ADgenas.pdf>

Organización de las Naciones Unidas (ONU) Mujeres (2016). Hechos y cifras: el VIH y el SIDA <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids/facts-and-figures>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011). Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. *Nota descriptiva N°. 239*. Recuperado en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/es/

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva N°110. Recuperado el 8 de diciembre de 2014, en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2007). Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual 2006 – 2015.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243563473_spa.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Recuperado en:
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Estadísticas Sanitarias Mundiales* 2014. Recuperado de:
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/es/
- Pavía, R. N., Góngora, B. L., Vera, G. L., Moguel, R. W., & Gonzalez, M. P. (2012). Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán, México. *Rev. Biomed*, (23), 53-60.
- Pender, N. J., Murdaugh C. L., & Parsons M. A., (2011). Health promotion in nursing practice. *Piented in TheUnited States Of America*.
- Pereira, G. N., & Lorenzini, E. A. (2014). Violencia conyugal en la perspectiva de profesionales de la “Estrategia Salud de la Familia”: un problema de salud pública. *Rev. Latino-Am Enfermagem*, 22 (1).
- Phillips, D. Y., Walsh, B., Bullion, J. W., Reid, P. V., Bacon, K., & Okoro, N. (2014). The intersection of intimate partner violence and HIV in U.S. women: a review. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 25(1), 36-49
- Plan estratégico internacional sobre VIH-SIDA, (2011). Plan estratégico internacional sobre VIH-SIDA, 2011-2017. Para pueblos y comunidades indígenas. Grupo de trabajo indígena internacional frente al VIH/SIDA. Recuperado en:

http://www.iiwgha.org/public_html/iiwgha/wp-content/uploads/2013/01/Plan-Estrat%C3%A9gico-GTIIVS-versi%C3%B3n-a-todo-color.1.pdf

Plan Nacional de Desarrollo 2013-201. Diario Oficial de la Federación. Recuperado en:
<http://pnd.gob.mx/>

Planes, M., Prat, F., Gómez, A., Gras, M., & Font-Mayolas, S. (2012). Ventajas e inconvenientes del uso del preservativo con una pareja afectiva heterosexual. *Anales de Psicología*, 28 (1), 161-170.

Ponce, J., & Núñez, N (2011). Pueblos indígenas y VIH-Sida. “Presentación. Pueblos indígenas y vih-sida”. *Revista de Antropología Social*, 35 (1), 7-10.

Ponce, J., Núñez, O., & Báez, M. (2011). Informe final de la Consulta sobre VIH, sida y pueblos indígenas en áreas fronterizas. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Recuperado en Capitulo de Ramírez, (19-44). Recuperado http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=179

Ponce, P., Hernández, R., Torres, J., & Rascón, A (2011). El VIH y los pueblos indígenas. Comisión nacional de los derechos humanos. www.cdi.gob.mx.
Recuperado en:

http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/Divulgacion/cartillas/vih_indigenas.pdf

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida [ONUSIDA], (2011). Orientaciones Terminológicas de ONUSIDA. Versión revisada. Recuperado de:
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2118_terminology-guidelines_es_0.pdf

Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA] (2012). Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al VIH y sida y otras ITS de la población Ngäbe-Buglé. Recuperado en:

<http://www.unfpa.or.cr/documentos-y-publicaciones-14/salud-sexual-y-reproductiva/vih-y-sida/104-vih-y-otras-its-en-indigenas-ngaebe-bugle/file>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA], 2014.

Datos estadísticos mundiales, hoja informativa. Recuperado de:

http://www.unaids.org/sites/default/files/media/images/20141118_FactSheet_WAD_Report_es.pdf

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] (2013). Índice de Equidad

Educativa Indígena Informe de Resultados para México, sus Estados y

Municipios, 2010. Recuperado en:

<http://www.mx.undp.org/content/dam/mexico/docs/Publicaciones/PublicacionesGobernabilidadDemocratica/IndiceEquidadEducativaIndigena/UNDP-MX-DemGov-IEEI-INFORME-DE-RESULTADOS-NACIONAL.pdf>

Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018. Diario Oficial de la Federación. Recuperado en:

http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programaDOF.pdf

Purdy, B. (2013). Our Women and Girls are Dying. *HIV/AIDS in Indigenous*

Communities. West Vancouver, BC. The Red Road HIV/AIDS Network.

Recuperado en: <http://firstpeoples.org/wp/our-women-and-girls-are-dying-hiv-aids-in-indigenous-communities/>

Puri, M., Escarcha, M., Tamang, J., & Lamichhane, P., I. (2012). The prevalence and determinants of sexual violence against young married women by husbands in rural Nepal. *Biomed Central*, (5), 291, 1-13.

Puri, M., Tamang, J., & Shah, I. (2011). Suffering in silence: consequences of sexual violence within marriage among young women in Nepal. *Biomed Central Public*

- Health*, (11), 29. Recuperado en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/29>
- Ragsdale, K., Gore-Felton, C., Koopman, C., & Seal, D. (2009). Relationship Power, Acculturation, and Sexual Risk Behavior Among Low-Income Latinas of Mexican or Puerto Rican Ethnicity. *Sexuality Research & Social Policy*, (6), 1.
- Ramírez, L. D. (2011). Representaciones sociales de migrantes indígenas en torno al VIH-SIDA: un estudio en tres regiones de Chiapas.
- Ramiro, M., López, F., & Bermúdez, M. (2011). Variables de riesgo para la infección por VIH: Análisis comparativo, en función del género entre adolescentes indígenas y mestizos mexicanos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20, 143-150. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281922823005.pdf>
- Reid, A. & Aiken, L. (2010). Integration of five health behaviour models: Common strengths and unique contributions to understanding condom use. *Psychology and health*, (26), 11. Recuperado en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3175333/>
- Rodríguez, D., Rodríguez, R. & González, R. (2010). Escala de machismo sexual (EMS-sexismo-12): diseño y análisis de propiedades psicométricas. *Revista cubana de ginecología y obstetricia*, (40), 2.
- Rodríguez, G. C., & Mino, G. S. (2012). La salud sexual y reproductiva de jóvenes indígenas de una comunidad purépecha en Michoacán.
- Rosales, M. A., & Mino, G. S. (2012). La salud sexual y reproductiva de jóvenes indígenas: análisis y propuestas de intervención. (pp. 61) Recuperado en: https://www.researchgate.net/publication/263772738_La_salud_sexual_y_reproductiva_en_jovenes_indigenas_analisis_y_propuestas_de_intervencion

- Rodríguez, G. D. & Pérez P. J. (2014). Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores de riesgo. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 40 (2). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol40_2_14/gin09214.htm
- Rodríguez, R. O. (2012) "Los estereotipos de género, factor de riesgo para la infección del VIH-SIDA ", en Contribuciones a las Ciencias Sociales, Recuperado de: <http://www.eumed.net/rev/cccss/18/orr.html>
- Rojas, B. C., Zegers, P. B., & Forster, M. C. (2009). La escala de autoestima de Rosenberg: validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev Med Chile*, 137, 791-800.
- Rojas, O., & Castrejón, J. (2011). Género e iniciación sexual en México. Detección de diversos patrones por grupos sociales. *Estudios Demográficos y Urbanos*, (1), 75-111.
- Román, M., & Moreno, M. (2010). Autoestima en jóvenes indígenas: borucas y térrabas. *Rev. Ciencias Sociales*, 126-127: 33-44. Recuperado en: <http://www.revistas.ucr.ac.cr/index.php/sociales/article/view/8786/8272>
- Romero, Z. (2012). Promoción del empoderamiento de género en la población indígena en Querétaro, México, a través de la difusión de la salud reproductiva por parte de las parteras. *Estudios sociales*, (20), 40, 293-312. Recuperado en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572012000200011&lng=es&tlng=es
- Romero, Z., Kumar, A. & Infante, J. (2011). Sexual and reproductive behaviors of the indigenous women: findings from Mexico. *Revista de cercetare si interveni sociala*, 33, 114-130.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Revised edition. Middletown. Recuperado de: <http://socy.umd.edu/quick-links/using-rosenberg-self-esteem-scale>

- Ruiz, E., Giménez, C., & Ballester, R. (2006). Percepción de ventajas e inconvenientes sobre el uso del preservativo en estudiantes universitarios: diferencias en función del sexo. *Jornades de Foment de la Investigació*n. Universitat Jaume I de Castellón. Recuperado de:
<http://www.sidastudi.org/es/registro/d25f08042719e3560127852556be00b6>
- Sampieri, H., Fernández, C., & Baptista, L. (2014). Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill. Sexta edición.
- Sayles, N. J., Pettifor, A., Wong, M.D., MacPhail, C., Lee, S. J., Hendriksen, E., Rees, H. V., & Coates, T. (2006). Factors Associated With Self-Efficacy for Condom Use and Sexual Negotiation Among South African Youth. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(2), 226-233.
- Schmelkes, S. (2013). Educación y pueblos indígenas: problemas de medición. *Revista internacional de estadística y geografía*, (4), 1, 5-13.
- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Recuperado de
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Senior, K., & Chenhall, R. (2008). Walkin about at night: the background to teenage pregnancy in a remote Aboriginal community. *Journal of Youth Studies*, (11), 3
- Seth P, Raiford J. L, Robinson L. S, Wingood G M, & Diclemente R. J. (2010). Intimate partner violence and other partner-related factors: correlates of sexually transmissible infections and risky sexual behaviours among young adult African American women. *Sex Health*, 7(1), 25-30.
- Sieder, R., & Sierra, M. (2011). CMI Working paper. Acceso a la justicia para las mujeres indígenas en America Latina. CHR. *Michelsen Institute*.
<http://www.cmi.no/publications/file/3941-acceso-a-la-justicia-para-las-mujeres-indigenas-en.pdf>

- Sierra, M., Alger, J., Espinosa, E., Espinosa, I., González, M., Maradiaga, E., Moncada, G., Padgett, D., & Paguada, E. (2009). Vulnerabilidad a la epidemia de VIH/sida en zonas rurales de honduras. *REV MED HONDUR* 2009; 77(4): 153-192. Recuperado en:
<http://www.sirih.org/uploaded/content/article/1116312073.pdf>
- Stöckl, H., N. Kalra, J. Jacobi, C., & C. Watts. (2013). Is Early Sexual Debut a Risk Factor for HIV Infection among Women in Sub-Saharan Africa. A Systematic Review. *American Journal of Reproductive Immunology*, 69, 27–40.
- Swan, H., & O'Connell, J. (2012). The impact of intimate partner violence on women's condom negotiation efficacy. *J Interpers Violence*, 27(4), 775-792.
- Taylor, T., Hembling, J., & Bertrand, T. (2015). Ethnicity and HIV risk behaviour, testing and knowledge in Guatemala. *Ethnicity & Health*, 20 (2), 163-177.
- Ulloa, T., Montiel, O., & Baeza, G. (2010). Visibilización de la violencia contra las mujeres en los usos y costumbres de las comunidades indígenas. Trabajo etnográfico en Los Altos de Chiapas. Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres Recuperado en:
[http://www.rotonda.segob.gob.mx/work/models/CONAVIM/Resource/309/1/images/AltosChiapas19sep2011\(1\).pdf](http://www.rotonda.segob.gob.mx/work/models/CONAVIM/Resource/309/1/images/AltosChiapas19sep2011(1).pdf)
- Valdez, S., Híjar, M., Rojas, M., Ávila, B., & Arenas, M. (2013). Prevalence and severity of intimate partner violence in women living in eight indigenous regions of Mexico. *Instituto Nacional de Salud Pública México*, 82 (2), 51-57.
Recuperado en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23453317>
- Valdez-Santiago, R., Híjar-Medina, M., Salgado, N., Rivera-Rivera, L., Avila-Burgos, L. & Rojas, R. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*, 48 (2), 221-231.

- Vargas, T., Gambará, E., & Botella, J. (2006). Autoestima e inicio de actividad sexual en la adolescencia: un estudio meta-analítico. *International journal of clinical and health psychology*, (6), 3, 665-695.
- Vázquez, M., Jiménez, G. & Vázquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosemberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22, (2), 247-255.
- Vázquez, Vázquez, & Bellido (2013). Fiabilidad y validez de la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) en pacientes con diagnóstico de psicosis. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental*, 31 (1).
Recuperado en:
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/6.%20Fiabilidad%20y%20validez%20de%20la%20Escala%20de%20Autoestima%20de.pdf>
- Villegas, R. N., Ferrer, L. L., Cianelli, A. R., Miner, S., Lara, C. L., & Peragallo, N. (2014). Conocimientos y autoeficacia asociados a la prevención de VIH y sida en mujeres chilenas. *Invest Educ Enferm* (29), 2. Recuperado de:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4183347/>
- Vivero, V. M (2010). La sexualización de la raza y la racialización de la sexualidad en el contexto latinoamericano. Universidad Nacional de
http://www.bivipas.unal.edu.co/bitstream/10720/663/1/256-Ponencia_MARA_VIVEROS.pdf
- Wand, H., & Ramjee. G. (2012). “The Relationship between Age of Coital Debut and HIV Seroprevalence among Women in Durban South Africa: A Cohort Study.” *BMJ Open*, 2, 1–8.
- Zambrano, R., Castro, D., Lozano, M., Gómez, N., & Rojas, C. (2013). Conocimientos sobre VIH y comportamientos en Salud Sexual y Reproductiva en una Comunidad Indígena de Antioquia. *Investigaciones*, 26 (15), 640-653.

Apéndice A
Cédula de datos

Fecha: _____

Usted se considera una mujer indígena? Sí _____ No _____

Usted habla alguna lengua indígena? Sí _____ No _____

I. Factores personales biológicos

1. ¿Cuántos años tiene? _____

2. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera relación sexual?

II. Factores personales socioculturales

3. Años de escolaridad: _____

4. ¿Ha tenido alguna infección de transmisión sexual? Sí _____ No _____

5. ¿Sabe cuál es el nombre de la infección de transmisión sexual que tuvo?

Apéndice B

Consentimiento informado

Justificación y objetivos de investigación

El VIH, sida y otras ITS, son problemas de salud que requieren ser estudiados a mayor profundidad para generar mejores programas de salud para las mujeres. Por lo que, la Maestra Vianet Nava Navarro, estudiante del Doctorado en Ciencias de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, la invita a participar en un proyecto de investigación sobre la conducta sexual en mujeres indígenas.

Procedimiento

Le informo que para este estudio usted fue seleccionada al azar y si acepta participar contestará siete cuestionarios con un tiempo aproximado entre 40 a 60 minutos (entrevista con preguntas personales acerca de su sexualidad, la cual será audio-grabada).

Riesgos

Me permito informarle que no existen riesgos relacionados con su participación en este estudio sin embargo las preguntas que le realizaré tocan temas sensibles que le pueden causar incomodidad, de ser así puede usted dejar de contestar o contestarlas en algún otro momento, o bien puede dejar de participar si así lo desea, esto no le afectará de ninguna manera. Es importante que Usted sepa que su participación será voluntaria por lo que no recibirá ningún beneficio directo.

Confidencialidad

La información que me proporcione será manejada de forma estrictamente confidencial ya que no se identificarán sus datos en los cuestionarios. Al finalizar el estudio los datos serán resguardados por doce meses y luego serán destruidos.

Dudas

Usted tendrá la oportunidad de hacer preguntas y tener las respuestas a estas satisfactoriamente, así mismo, recibirá una copia del consentimiento informado con todos los puntos que anteriormente se redactaron.

Le informo que esta investigación ha sido revisada por la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y en caso de tener dudas respecto a su participación puede comunicarse a la Secretaría de Investigación de la Facultad de Enfermería al teléfono 8348 89 43 o dirigirse a Avenida Gonzalitos 1500 Norte. Colonia. Mitras Centro. C.P. 64460 Monterrey, Nuevo León, México.

Nombre y firma del

Participante_____

Por medio del presente documento doy mi autorización para participar en este estudio

Nombre y firma del

investigador_____

Testigo

Testigo

Apéndice C
Escala de Autoestima (EA)

(Rosenberg, 1965)

Instrucciones para el encuestador: Registre en cada pregunta la respuesta más exacta posible que refiera la MI.

N°	Preguntas	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
		1	2	3	4
1	¿Comparada con otras personas, siente usted que es una persona que vale igual que las demás?				
2	¿Usted siente que tiene un buen número de cualidades?				
3	¿Cuándo usted piensa en su vida siente que es una fracasada?				
4	¿Es capaz de hacer cualquier cosa igual de bien que las demás personas?				
5	¿No tiene mucho de qué estar orgullosa?				
6	¿Su actitud es positiva hacia usted misma?				
7	¿Se encuentra satisfecha y a gusto consigo misma?				
8	¿Desearía tener más respeto para usted misma?				
9	¿A veces se siente inútil?				
10	¿A veces piensa que es una buena para nada?				

Apéndice D

Inventario de sexismo ambivalente (ASI)

(Glick & Fiske, 1996)

Instrucciones para el encuestador: Registre en cada pregunta la respuesta más exacta posible que refiera la MI.

Items	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4
1. Un hombre no está verdaderamente completo sin el amor de una mujer				
2. En nombre de la igualdad, muchas mujeres intentan conseguir ciertos privilegios				
3. En catástrofes, las mujeres deberían ser rescatadas antes que los hombres				
4. Muchas mujeres interpretan comentarios y acciones inocentes como sexistas				
5. Las mujeres se ofenden fácilmente				
6. Las personas pueden ser realmente felices sin necesidad de tener una pareja				

Items	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4
7. Las feministas intentan que las mujeres tengan más poder que los hombres				
8. Las mujeres se caracterizan por una pureza que pocos hombres poseen				
9. Las mujeres deberían ser queridas y protegidas por los hombres				
10. Las mujeres no valoran suficientemente todo lo que los hombres hacen por ellas				
11. Las mujeres buscan ganar poder manipulando a los hombres				
12. Todo hombre debería tener una mujer a quien amar				
13. Una mujer está incompleta sin un hombre a su lado				
14. Las mujeres exageran los problemas que tienen en la casa o el trabajo				
15. La mujer busca comprometerse con un hombre para controlarlo				

Items	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4
16. Generalmente, cuando una mujer es derrotada limpiamente se queja de haber sufrido discriminación				
17. Una buena mujer debería ser puesta en un pedestal por su hombre				
18. Muchas mujeres, para burlarse de los hombres, utilizan su apariencia sexual para atraerlos y después rechazarlos				
19. Las mujeres son más sensibles que los hombres				
20. Los hombres deberían estar dispuestos a sacrificar su propio bienestar con el fin de proveer bienestar económico a las mujeres				
21. Las mujeres están haciendo a los hombres demandas irracionales				
22. Las mujeres tienden a ser más refinadas y a tener un mejor gusto que los hombres				

Apéndice E

Escala de conocimientos sobre VIH y otras infecciones de transmisión sexual

(Espada, et al. 2014)

Instrucciones: Registre en cada pregunta la respuesta más exacta posible que refiera la

MI. De acuerdo a NRC: No conoce la respuesta; F: Falso; V: Verdadero.

Ítems	NCR	F	V
	0	1	2
1. El sida es causado por un virus llamado VIH			
2. Puebla es uno de los estados más afectado por el sida			
3. La principal vía de transmisión del Sida es a través de las relaciones sexuales			
4. Los animales domésticos pueden transmitir el sida			
5. Una mujer seropositiva embarazada puede transmitir el VIH a su bebé			
6. Las personas seropositivas pueden transmitir el sida aunque no estén enfermas			
7. El VIH se transmite por medio de secreciones vaginales, seminales y sangre			
8. El VIH se transmite por el aire			
9. Es peligroso compartir alimentos o agua con personas seropositivas o enfermas de sida			
10. Lavar la ropa con la de un seropositivo o enfermo de sida implica riesgo de contraer la enfermedad			
11. Los mosquitos pueden transmitir el virus del sida			
12. Existe riesgo de contraer el VIH por compartir jeringas contaminadas			

ítems	NCR	F	V
	0	1	2
13. El VIH afecta al sistema inmunológico de la persona			
14. El virus del sida afecta a todas las células del cuerpo			
15. El período ventana es el tiempo que tarda el cuerpo en producir anticuerpos tras la transmisión de VIH			
16. El anillo vaginal o el DIU son métodos eficaces para evitar el sida.			
17. Las pastillas anticonceptivas son eficaces para prevenir la transmisión del VIH en las relaciones sexuales			
18. El condón es un método eficaz para evitar la transmisión del VIH			
19. El condón femenino es tan eficaz como el condón masculino para evitar la transmisión del sida			
20. Dar un beso con saliva a una persona seropositiva es un riesgo para la transmisión del VIH			
21. Abrazar y besar en la mejilla a una persona seropositiva implica riesgo de transmisión del VIH			
22. Tener relaciones sexuales por el ano es una forma segura de practicar sexo sin riesgo de infección por VIH			
23. La prueba de detección del VIH se suele realizar mediante un análisis de sangre			
24. Es posible saber si hay infección por el VIH al día siguiente de una práctica de riesgo			
25. Los tratamientos médicos actuales pueden reducir la cantidad de VIH en el organismo			

Ítems	NCR	F	V
	0	1	2
26. Actualmente existe una vacuna contra la infección del VIH			
27. Las infecciones y enfermedades que aparecen debido al debilitamiento del sistema inmune por la acción del VIH, se llaman «enfermedades oportunistas»			
28. La gonorrea y la clamidia son dos enfermedades de transmisión sexual comunes			
29. Cuando un hombre tiene gonorrea no es necesario tratar a la pareja			
30. La gonorrea puede pasar sin síntomas en la mujer			
31. La gonorrea se cura sola en la mayoría de los casos			
32. La sífilis es una enfermedad prácticamente desaparecida			
33. La sífilis puede dejar lesiones permanentes si no se trata precozmente			
34. El contagio de la sífilis actualmente es muy difícil			
35. El contagio por herpes genital solo da síntomas en dicha zona			
36. No es conveniente mantener relaciones sexuales si se tiene una infección por herpes genital			
37. Una vez curado y tratado el herpes genital, no hay peligro de nuevos contagios			
38. El uso de cremas espermicidas durante las relaciones sexuales evita el contagio por clamidias			
39. Las vías de transmisión de la hepatitis B no son bien conocidas			
40. La hepatitis B no deja consecuencias			

Apéndice F

Cuestionario de ventajas e inconvenientes en el uso del preservativo en una pareja afectiva heterosexual

(Planes, et al. 2012)

Instrucciones: Registre en cada pregunta la respuesta más exacta posible que refiera la MI.

Items	Nada importante	Poco importante	Muy importante
	0	1	2
1. El uso del condón protege de enfermedades de transmisión sexual			
2. El uso del condón protege de la infección del virus del sida			
3. Con el uso del condón se demuestra interés en proteger la salud de la pareja			
4. El uso del condón da tranquilidad durante y después de la relación sexual			
5. El uso del condón es un método preventivo fácil y accesible			
6. El uso del condón proporciona un anticonceptivo sin efectos secundarios			
7. El uso del condón evita los embarazos no deseados			
8. El uso del condón proporciona un anticonceptivo sin supervisión médica			
9. El uso del condón retrasa la eyaculación y prolonga			

Items	Nada importante	Poco importante	Muy importante
	0	1	2
las relaciones sexuales			
10. El uso del condón reduce las sensaciones de placer de la mujer			
11. El uso del condón reduce las sensaciones de placer del hombre			
12. El uso del condón provoca problemas en el mantenimiento de la erección del pene			
13. El uso del condón rompe el ritmo de las caricias			
14. Con el uso del condón existe el riesgo que la pareja piense mal de quien lo propone			
15. Si la pareja toma pastillas anticonceptivas, es más difícil decirle que use el condón			
16. Para el uso del condón tiene que lograrse el acuerdo de la pareja			
17. El uso del condón masculino depende de la voluntad del hombre			
18. Es necesario aprender a usar correctamente el condón			

Apéndice G

Escala de Autoeficacia para el uso del condón

(Brafford & Beck, 1991)

Instrucciones para el encuestador: Registre en cada pregunta la respuesta más exacta posible que refiera la MI.

Items	En completo desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
	1	2	3	4
1. Tiene habilidad para ponerse el condón o ponérselo a su pareja				
2. Puede comprar condones sin sentir vergüenza				
3. Puede recordar llevar un condón con usted por si lo necesitara				
4. Tiene habilidad para platicar el uso del condón con su pareja				
5. Tiene habilidad para sugerir usar condones con una pareja nueva				
6. Puede sugerirle a su pareja usar el condón sin que se sienta enfermo				

Items	En completo desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
	1	2	3	4
7. Tiene confianza la habilidad de su pareja para mantener una erección con el condón puesto				
8. Siente vergüenza de ponerse un condón o ponérselo a su pareja				
9. Si tuviera que sugerir a su pareja usar el condón, le daría miedo de que la rechazara				
10. Si no estuviera segura de que su pareja usa condones, no le sugeriría usar uno				
11. Tiene habilidad para usar un condón correctamente				
12. Puede discutir el uso del condón con una posible pareja antes de tener cualquier contacto sexual (por ejemplo: abrazarse, besarse, acariciarse, etc.)				
13. Tiene habilidad para				

Items	En completo desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
	1	2	3	4
convencer a su pareja a aceptar usar un condón cuando tienen relaciones sexuales				
14. Puede quitar un condón y deshacerse de él hábilmente cuando tiene relaciones sexuales				
15. Si su pareja y usted fueran a usar el condón y no diera resultado, le daría vergüenza volver a usar otro (por ejemplo no pudiendo desenrollar el condón, poniéndoselo al revés, o con torpeza)				
16. No se sentiría segura sugiriendo el uso del condón una nueva pareja porque teme que piense que tiene una enfermedad de transmisión sexual				

Items	En completo desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
	1	2	3	4
17. No me sentiría segura si le sugiriera a su nueva pareja el uso del condón porque teme que piense que tiene una enfermedad de transmisión sexual				
18. Se sentiría cómoda al discutir el uso del condón con una posible pareja antes de que tuvieran relaciones sexuales				
19. Tiene habilidad para ponerse un condón o ponérselo a su pareja durante la estimulación erótica previa al acto sexual				
20. Puede usar el condón con su pareja sin “enfriar el momento”				
21. Tiene habilidad para ponerse un condón o ponérselo a su pareja rápidamente				
22. Puede usar el condón durante el acto sexual sin reducir sus				

Items	En completo desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
	1	2	3	4
sensaciones sexuales				
23. Puede recordar usar el condón incluso después de haber ingerido bebidas alcohólicas				
24. Puede recordar usar el condón incluso estando drogada				
25. Si su pareja no quisiera usar un condón durante el acto sexual, lo convencería fácilmente que es necesario usarlo				
26. Confía en que su pareja y usted pudieran usar el condón aun en los momentos de mayor pasión				

Apéndice H
Escala de violencia (EV)

(Valdez, et al. 2006)

Instrucciones: Registre en cada pregunta la respuesta más exacta posible que refiera la MI en referencia a como la trata su esposo o pareja sexual.

Preguntas	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces
	1	2	3	4
1. ¿Su pareja le ha exigido tener relaciones sexuales?				
2. ¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?				
3. ¿Le ha pateado?				
4. ¿Le ha amenazado con pistola o rifle?				
5. ¿Le ha empujado intencionalmente?				
6. ¿Le ha golpeado con el puño o la mano?				
7. ¿Le ha disparado con una pistola o rifle?				
8. ¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?				
9. ¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?				
10. ¿Le ha amenazado con arma, con alguna navaja, cuchillo o machete?				
11. ¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?				
12. ¿Le ha rebajado o menospreciado?				
13. ¿Le ha torcido el brazo?				
14. ¿Ha usado la fuerza física para tener				

Preguntas	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces
	1	2	3	4
relaciones sexuales?				
15. ¿Le ha insultado?				
16. ¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?				
17. ¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?				
18. ¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?				
19. ¿Le ha sacudido, zarandeado, jaloneado?				

Apéndice I

Cuestionario de conducta sexual en mujeres indígenas

Instrucciones para el encuestador: Registre en cada pregunta la respuesta más exacta posible que refiera la MI.

1. ¿Con cuántas parejas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?

2. ¿Con cuáles parejas ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses?

Estable _____ Ocasional _____

3. Con qué frecuencia has utilizado el condón, de acuerdo a cada una de las parejas que has tenido	Nunca uso condón	A veces uso condón	Con frecuencia uso condón	Siempre uso condón
	1	2	3	4
Pareja Estable				
Pareja ocasional				

Apéndice J

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Entrevista Semiestructurada

Introducción

- Que le gustaría platicarme sobre usted... ¿Es casada? ¿Cuánto tiempo tiene con su pareja? ¿Tiene hijos? ¿a qué se dedica? ¿Qué le gusta hacer?
- Usted cree que las mujeres deban hablar de sexo?
- A qué edad y bajo qué situación las mujeres deberían tener relaciones sexuales

Conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS

- Me podría platicar que sabe sobre el sida
- ¿Quiénes se enferman de sida?
- ¿Me podría platicar sobre cuáles son los síntomas de una persona que tiene sida?
- ¿Qué piensa sobre las personas que se enferman de sida?
- Usted cree que haya algo con lo que se pueda evitar enfermarse de sida
- ¿Sabe que es el VIH?
- ¿Sabe cómo se transmite el VIH?
- ¿Cómo se cuida usted para no contagiarse de alguna infección de transmisión sexual?
- ¿Alguna vez ha tenido tratamiento para alguna infección vaginal?

Uso de condón

- ¿alguna vez ha ido alguna plática sobre el uso del condón?
- ¿alguna vez ha ido alguna plática sobre las infecciones de transmisión sexual?
- ¿alguna vez ha ido alguna platica sobre el VIH

- Y sobre el sida?
- ¿Cuándo ha ido a las pláticas sobre el uso del condón, se siente con confianza de preguntar sus dudas?
- ¿Usted ha platicado con su pareja sobre el uso del condón?
- ¿Alguna vez han usado condón?
- Es fácil colocar el condón? ¿Usa algún método para colocar el condón?

En caso de que si use o haya usado alguna vez un condón

- Me podría platicar que siente cuando usa condón
- ¿Quién propone el uso del condón?
- ¿Dónde consiguen los condones?
- ¿Los condones están disponibles en el centro de salud?
- ¿los doctores o enfermeros se los han recomendado?
- ¿en las pláticas de la clínica les hablan del condón?

- En caso de que no use condón:
- ¿Podría contarme porque no usa condón?
- ¿Le ha propuesto usar condón a su pareja (esposo)? ¿Por qué cree usted usar condón es importante?

Violencia de pareja

- ¿Cómo conoció a su pareja (esposo)? ¿Cuáles fueron sus planes cuando deciden estar juntos?
- ¿Cómo se lleva usted con su pareja (esposo)? ¿si en algo no están de acuerdo como resuelven el problema?
- ¿Usted puede platicar sobre temas sexuales con su esposo?

- ¿Alguna vez su pareja (esposo) la ha obligado a hacer algo que usted no quiera?
- ¿Cómo es su relación en la intimidad?
- ¿Disfruta tener relaciones sexuales?
- ¿Alguna vez ha tenido alguna fantasía o deseo sexual?

IVSA

- ¿Cómo decidió tener su primera relación sexual?
- Me podría platicar como fue su primera relación sexual (se sintió presionada para tener relaciones sexuales o fue por decisión propia)
- ¿Algo no le agradó de su primera relación sexual? ¿Qué no le agrado de su primera relación sexual, que cambiaría (conocer si visualiza la posibilidad del uso del condón)
- ¿Usted solo con su pareja ha tenido relaciones sexuales?
- Podría platicarme su experiencia con otras parejas?

Cierre

- Considera que puede tomar decisiones respecto a su salud sexual
- ¿Qué falta para que las mujeres tomen en cuenta estos temas (VIH, sida y otras ITS, uso de condón)?
- ¿Qué recomendaciones le haría a las mujeres sobre estos temas?

Agradecerle su participación

Apéndice K

Universidad Autónoma de Nuevo León

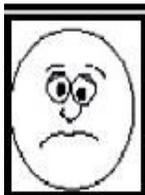
Facultad de Enfermería

Opciones de respuestas visuales

Escala de Autoestima
Inventario de sexismo
Escala de Autoeficacia para el uso del condón



Totalmente
en
desacuerdo
1



En
desacuerdo
2



De acuerdo
3

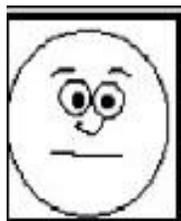


Totalmente
de acuerdo
4

Cuestionario de ventajas e inconvenientes en el uso del condón



Nada Importante
0



Poco Importante
1



Muy Importante
2

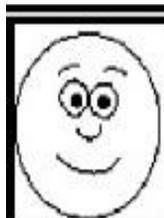
Escala de Violencia



Muchas
veces
1



Varias veces
2



Alguna vez
3



Nunca
4

Apéndice L

Datos descriptivos de la escala de autoestima

Autoestima

Ítems	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
1. Comparada con otras personas, siente usted que es una persona que vale igual que las demás	3.62	4	.884
2. Usted siente que tiene un buen número de cualidades	3.62	4	.778
3. Cuando usted piensa en su vida siente que es una fracasada	1.76	1	1.11
4. Es capaz de hacer cualquier cosa igual de bien que la mayoría de la gente	3.39	4	1.08
5. No tiene mucho de que estar orgullosa	2.39	2	1.40
6. Su actitud es positiva hacia usted misma	3.76	4	.684
7. Se encuentra satisfecha y a gusto consigo misma	3.77	4	.675
8. Desearía tener más respeto para usted misma	3.57	4	.787
9. A veces se siente inútil	2.02	1	1.20
10. A veces piensa que es una buena para nada	1.70	1	1.07

Nota: $n=386$; *M*=Media; *Mdn*=Mediana; *DE*=Desviación estándar; 1=Totalmente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=De acuerdo; 4=Totalmente de acuerdo

Apéndice M

Datos descriptivos del inventario de sexismo ambivalente (ASI)

Sexismo ambivalente

Ítems	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
1. Un hombre no está verdaderamente completo sin el amor de una mujer	3.33	4	1.19
2. En nombre de la igualdad, muchas mujeres intentan conseguir ciertos privilegios	3.05	4	1.21
3. En catástrofes, las mujeres deberían ser rescatadas antes que los hombres	2.53	3	1.44
4. Muchas mujeres interpretan comentarios y acciones inocentes como sexistas	3.46	4	.993
5. Las mujeres se ofenden fácilmente	3.37	4	1.07
6. Las personas pueden ser realmente felices sin necesidad de tener una pareja	2.86	4	1.39
7. Las feministas intentan que las mujeres tengan más poder que los hombres	3.77	4	.675
8. Las feministas intentan que las mujeres tengan más poder que los hombres	2.77	3	1.30
9. Las mujeres deberían ser queridas y protegidas por los hombres	3.07	4	1.26
10. Las mujeres deberían ser queridas y protegidas por los hombres	3.56	4	.949
10. Las mujeres no valoran suficientemente todo lo que los hombres hacen por ellas	3.01	3	1.19

Nota: $n=386$; *M*=Media; *Mdn*=Mediana; *DE*=Desviación estándar; 1=Totalmente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=De acuerdo; 4=Totalmente de acuerdo

(continúa)

Sexismo ambivalente (continuación)

Ítems	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
11. Las mujeres buscan ganar poder manipulando a los hombres	2.69	3	1.37
12. Todo hombre debería tener una mujer a quien amar	3.60	4	.946
13. Una mujer está incompleta sin un hombre a su lado	2.52	3	1.45
14. Las mujeres exageran los problemas que tienen en el trabajo	2.79	3	1.24
15. La mujer busca comprometerse con un hombre para contralarlo	2.22	1	1.37
16. Generalmente, cuando una mujer es derrotada limpiamente se queja de haber sufrido discriminación	3.42	4	1.07
17. Una buena mujer debería ser puesta en pedestal por su hombre	2.71	3	1.39
18. Muchas mujeres, para burlarse de los hombres, utilizan su apariencia sexual para atraerlos y después rechazarlos	3.30	4	1.17
19. Las mujeres son más sensibles que los hombres	3.54	4	.980
20. Los hombres deberían estar dispuestos a sacrificar su propio bienestar con el fin de proveer bienestar económico a las mujeres	3.18	4	1.16
21. Las mujeres están haciendo a los hombres demandas irracionales	2.81	3	1.33
22. Las mujeres tienden a ser más refinadas y a tener un mejor gusto que los hombres	3.31	4	1.11

Nota: $n=386$; *M*=Media; *Mdn*=Mediana; *DE*=Desviación estándar; 1=Totalmente en desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=De acuerdo; 4=Totalmente de acuerdo

Apéndice N

Datos descriptivos de la escala de conocimientos sobre VIH y otras infecciones de transmisión sexual

Conocimientos sobre VIH y otras infecciones de transmisión sexual

Ítems	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
1. El sida es causado por un virus llamado VIH	1.89	2	.368
2. Puebla es uno de los estados más afectados por el sida	1.34	1	.732
3. La principal vía de transmisión del Sida es a través de las relaciones sexuales	1.91	2	.322
4. Los animales domésticos pueden transmitir el sida	1.15	1	.614
5. Una mujer seropositiva embarazada puede transmitir el VIH a su bebé	1.81	2	.468
6. Las personas seropositivas pueden transmitir el sida aunque no estén enfermas	1.59	2	.619
7. El VIH se transmite por medio de secreciones vaginales, seminales y sangre	1.91	2	.374
8. El VIH se transmite por el aire	1.13	1	.425
9. Es peligroso compartir alimentos o agua con personas seropositivas o enfermas de sida	1.35	1	.519
10. Lavar la ropa con la de un seropositivo o enfermo de sida implica riesgo de contraer la enfermedad	1.35	1	.541
11. Los mosquitos pueden transmitir el virus del sida	1.60	2	.591
12. Existe riesgo de contraer el VIH por compartir jeringas contaminadas	1.95	2	.245

Nota: $n=386$; M =Media; Mdn =Mediana; DE =Desviación estándar; 0=No conoce la respuesta; 1=Falso; 2=Verdadero (continúa)

Conocimientos sobre VIH y otras infecciones de transmisión sexual (continuación)

Ítems	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
13. El VIH afecta al sistema inmunológico de la persona	1.87	2	.429
14. El virus del sida afecta a todas las células del cuerpo	1.91	2	.354
15. El periodo ventana es el tiempo que tarda el cuerpo en producir anticuerpos tras la transmisión de VIH	1.12	1	.817
16. El anillo vaginal o el DIU son métodos eficaces para evitar el sida	1.27	1	.564
17. Las píldoras anticonceptivas son eficaces para prevenir la transmisión del VIH en las relaciones sexuales	1.10	1	.461
18. El condón es un método eficaz para evitar la transmisión del VIH	1.82	2	.414
19. El condón femenino es tan eficaz como el condón masculino para evitar la transmisión del sida	1.68	2	.572
20. Dar un beso con saliva a una persona seropositiva es un riesgo para la transmisión del VIH	1.42	1	.582
21. Abrazar y besar en la mejilla a una persona seropositiva implica riesgo de transmisión	1.14	1	.394
22. Tener relaciones sexuales por el ano es una forma segura de practicar sexo sin riesgo de infección por VIH	1.22	1	.589
23. La prueba de detección del VIH se suele realizar mediante un análisis de sangre	1.89	2	.370
24. Es posible saber si hay infección por el VIH al día siguiente de una práctica de riesgo	1.43	1	.574

Nota: $n=386$; *M*=Media; *Mdn*=Mediana; *DE*=Desviación estándar; 0=No conoce la respuesta; 1=Falso; 2=Verdadero (continúa)

Conocimientos sobre VIH y otras infecciones de transmisión sexual (continuación)

Ítems	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
25. Los tratamientos médicos actuales pueden reducir la cantidad de VIH en el organismo	1.47	2	.590
26. Actualmente existe una vacuna contra la infección del VIH	1.25	1	.580
27. Las infecciones y enfermedades que aparecen debido al debilitamiento del sistema inmune por la acción del VIH, se llaman “enfermedades oportunistas”	1.39	2	.815
28. La gonorrea puede pasar sin síntomas en la mujer	1.52	2	.696
29. Cuando un hombre tiene gonorrea no es necesario tratar a la pareja	1.25	1	.638
30. La gonorrea puede pasar sin síntomas en la mujer	1.44	2	.758
31. La sífilis es una enfermedad prácticamente desaparecida	1.03	1	.521
32. La sífilis es una enfermedad prácticamente desaparecida	1.04	1	.641
33. La sífilis puede dejar lesiones permanentes si no se trata precozmente	1.53	2	.763
34. El contagio de la sífilis actualmente es muy difícil	1.25	1	.729
35. El contagio por herpes genital solo da síntomas en dicha zona	1.33	2	.765
36. No es conveniente mantener relaciones sexuales si se tiene una infección por herpes genital	1.47	2	.695
37. Una vez curado y tratado el herpes genital, no hay peligro de nuevos contagios	1.29	1	.672

Nota: n=386; M=Media; Mdn=Mediana; DE=Desviación estándar; 0=No conoce la respuesta; 1=Falso; 2=Verdadero

(continúa)

Conocimientos sobre VIH y otras infecciones de transmisión sexual (continuación)

Ítems	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
38. El uso de cremas espermicidas durante las relaciones sexuales evita el contagio por clamidias	1.07	1	.714
39. Las vías de transmisión de la hepatitis B no son bien conocidas	1.41	2	.671
40. La hepatitis B no deja consecuencias	1.09	1	.735

Nota: $n=386$; *M*=Media; *Mdn*=Mediana; *DE*=Desviación estándar; 0=No conoce la respuesta; 1=Falso; 2=Verdadero

Apéndice O

Datos descriptivos del cuestionario de ventajas e inconvenientes en el uso del preservativo

Beneficios y barreras percibidos para el uso del condón

Ítems	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
1. El uso del condón protege de otras enfermedades de transmisión sexual	1.65	2	.687
2. El uso del condón protege de la infección del virus del sida	1.59	2	.741
3. Con el uso del condón se demuestra interés en proteger la salud de la pareja	1.74	2	.582
4. El uso del condón da tranquilidad durante y después de la relación sexual	1.54	2	.749
5. El uso del condón es un método preventivo fácilmente accesible	1.70	2	.632
6. El uso del condón proporciona un anticonceptivo sin efectos secundarios	1.52	2	.729
7. El uso del condón evita los embarazos no deseados	1.63	2	.691
8. El uso del condón proporciona un anticonceptivo sin supervisión médica	1.47	2	.756
9. El uso del condón retrasa la eyaculación y prolonga el coito	.86	1	.877
10. El uso del condón reduce las sensaciones de placer de la mujer	.83	0	.897
11. El uso del condón reduce las sensaciones de placer del hombre	.99	1	.906

Nota: $n=386$; M =Media; Mdn =Mediana; DE =Desviación estándar; 0=Nada importante; 1=Poco importante; 2=Muy importante (continúa)

Beneficios y barreras percibidos para el uso del condón (continuación)

Ítems	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
12. El uso del condón provoca problemas en el mantenimiento de la erección del pene	.67	0	.817
13. El uso del condón rompe el ritmo de las caricias y los contactos	.63	0	.864
14. Con el uso del condón existe el riesgo que la pareja piense mal de quien lo propone	1.15	2	.956
15. Si la pareja toma píldoras anticonceptivas, es más difícil decirle que use el condón	1.14	1	.910
16. Para el uso del condón tiene que lograrse el acuerdo de la pareja	1.89	2	.415
17. El uso del condón masculino depende de la voluntad del hombre	1.51	2	.826
18. Es necesario aprender a usar correctamente el condón	1.92	2	.355

Nota: $n=386$; *M*=Media; *Mdn*=Mediana; *DE*=Desviación estándar; 0=Nada importante; 1=Poco importante; 2=Muy importante

Apéndice P

Datos descriptivos de la Escala Autoeficacia para el uso del condón

Autoeficacia percibida para el uso del condón

Ítems	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
1. Tiene habilidad para ponerse el condón o ponérselo a su pareja	1.85	1	1.29
2. Puede comprar condones sin sentir vergüenza	2.31	1	1.40
3. Puede recordar llevar un condón con usted por si lo necesitara	2.23	1	1.37
4. Tiene habilidad para platicar el uso del condón con su pareja	2.75	3	1.37
5. Tiene habilidad para sugerir usar condones con una pareja nueva	1.70	2	.632
6. Puede sugerirle a su pareja usar el condón sin que se sienta enfermo	2.81	3	1.31
7. Tiene confianza en su habilidad o en la de su pareja para mantener una erección con el condón puesto	2.64	3	1.31
8. Siente vergüenza de ponerse un condón o ponérselo a su pareja	2.36	1	1.43
9. Si tuviera que sugerir a su pareja usar el condón, le darí miedo de que la rechazara	2.63	3	1.39
10. Si no estuviera segura de que su pareja usa condones, no le sugeriría usar uno	2.77	3	1.32
11. Tiene habilidad para usar un condón correctamente	2.01	1	1.33

Nota: $n=386$; *M*=Media; *Mdn*=Mediana; *DE*=Desviación estándar; 1=En completo desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=De acuerdo; 4=Completamente de acuerdo

(continúa)

Autoeficacia percibida para el uso del condón

Ítems	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
12. Puede discutir el uso del condón con una posible pareja antes de tener cualquier contacto sexual (abrazarse, besarse)	2.75	3	1.32
13. Tiene habilidad para convencer a su pareja a aceptar usar condón cuando tiene relaciones sexuales	2.82	3	1.28
14. Puede quitar un condón y deshacerse de él hábilmente cuando tiene relaciones sexuales	2.28	2	1.34
15. Si su pareja y usted fueran a usar el condón y no diera resultado, le daría vergüenza volver a usar otro	2.10	1	1.29
16. No se sentiría segura sugiriendo el uso del condón a una nueva pareja porque teme que piense que tengo una enfermedad de transmisión sexual	3.06	4	1.22
17. No me sentía segura se le sugiriera a su nueva pareja el uso del condón porque teme que piense que tiene una enfermedad de transmisión sexual	3.05	4	1.21
18. Se sentiría cómoda al discutir el uso del condón con una posible pareja antes de que tuvieran relaciones sexuales	2.55	3	1.29
19. Tiene habilidad para ponerse un condón o ponérselo a su pareja durante la estimación erótica previa al acto sexual	2.28	2	1.30
20. Puede usar el condón con su pareja sin “enfriar el momento”	2.31	2	1.28
21. Tiene habilidad para ponerse un condón o ponérselo a su pareja rápidamente	1.81	1	1.17

Nota: $n=386$; *M*=Media; *Mdn*=Mediana; *DE*=Desviación estándar; 1=En completo desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=De acuerdo; 4=Completamente de acuerdo

(continúa)

Autoeficacia percibida para el uso del condón (continuación)

Ítems	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
22. Puede usar el condón durante el acto sexual sin reducir sus sensaciones sexuales	2.38	3	1.29
23. Puede recordar usar el condón incluso después de haber ingerido bebidas alcohólicas	1.42	1	.917
24. Puede recordar usar el condón incluso estando drogada	1.17	1	.541
25. Si su pareja no quisiera usar un condón durante el acto sexual, lo convencería fácilmente que es necesario usarlo	2.44	3	1.28
26. Confía en que su pareja y usted pudieran usar el condón aun en los momentos de mayor pasión	2.63	3	1.23

Nota: $n=386$; *M*=Media; *Mdn*=Mediana; *DE*=Desviación estándar; 1=En completo desacuerdo; 2=En desacuerdo; 3=De acuerdo; 4=Completamente de acuerdo

Apéndice Q

Datos descriptivos de la escala de violencia

Violencia de pareja

Ítems	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
1. Su pareja le ha exigido tener relaciones sexuales	1.34	1	.781
2. Le ha quemado con cigarro u otra sustancia	1.02	1	.215
3. Le ha pateado	1.19	1	.625
4. Le ha amenazado con pistola o rifle	1.03	1	.189
5. Le ha empujado intencionalmente	1.29	1	.683
6. Le ha golpeado con el puño o la mano	1.26	1	.661
7. Le ha disparado con una pistola o un rifle	1.00	1	.000
8. Le ha dicho que es poco atractiva o fea	1.28	1	.729
9. Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades	1.94	2	1.04
10. Le ha amenazado con arma, con alguna navaja, cuchillo o machete	1.02	1	.190
11. Le ha intentado ahorcar o asfixiar	1.10	1	.436
12. Le ha rebajado o menospreciado	1.23	1	.649
13. Le ha torcido el brazo	1.07	1	.361
14. Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales	1.14	1	.536
15. Le ha insultado	1.40	1	.801
16. Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete	1.01	1	.144
17. Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas	1.20	1	.618

Nota: $n=386$. *M*=Media; *Mdn*=Mediana; *DE*=Desviación estándar; 1=Nunca; 2=Algunas veces; 3=Varias veces; 4=Muchas veces.

(continúa)

Violencia de pareja (continuación)

Ítems	Global		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
18. Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales	1.35	1	.799
19. Le ha sacudido, zarandeado o jaloneado	1.19	1	.604

Nota: $n=386$. *M*=Media; *Mdn*=Mediana; *DE*=Desviación estándar; 1=Nunca; 2=Algunas veces; 3=Varias veces; 4=Muchas veces.

Apéndice R

Libro de códigos

Código	FI-VIH/sida/ITS
Definición breve	Falta de información sobre VIH, sida y otras ITS
Definición completa	Desinformación, falta de significado, ausencia de información y falta de claridad sobre VIH, sida y otras ITS
Cuando se usa	Cuando las MI refieran que no tienen información sobre VIH, sida y otras ITS
Cuando no se usa	Cuando las MI indican que tienen información sobre VIH, sida y otras ITS
Ejemplo:	<i>“el ¿sida? es algo malo, pero no tengo mucha información sobre eso”</i>

Código	IRC-VIH/sida/ITS
Definición breve	Identifica riesgo de exposición/contagio del VIH, sida y otras ITS
Definición completa	Describe al menos un mecanismo de exposición/contagio del VIH, sida y otras ITS
Cuando se usa	Cuando las MI mencione al menos un mecanismo de exposición/contagio ante VIH, sida y otras ITS
Cuando no se usa	Cuando las MI no tenga información de al menos un mecanismo de exposición/contagio ante VIH, sida y otras ITS
Ejemplo	<i>“Todas las personas que tienen sexo sin protección”</i>

Código	INFVAG
Definición breve	Han presentado infecciones vaginales
Definición completa	Describir síntomas asociados a alguna infección vaginal
Cuando se usa	Cuando las MI mencione que en los últimos 12 meses ha tenido alguna infección vaginal
Cuando no se usa	Cuando las MI mencione que en los últimos 12 meses no ha tenido alguna infección vaginal
Ejemplo	<i>“una infección de la vagina, tenía yo como flujo amarillo y olía horrible”</i>

Código	APLAT
Definición breve	Asiste a pláticas
Definición completa	Comenta información sobre VIH, sida, ITS y del condón que le han dado a conocer en las pláticas que ofrecen los profesionales de la salud
Cuando se usa	Cuando las MI mencionen que ha asistido alguna vez a una plática
Cuando no se usa	Cuando las MI no mencionen que han asistido alguna vez a una plática
Ejemplo	<i>“Lo poquito que sé, es porque lo han platicado aquí en las pláticas”</i>

Código	No-RD
Definición breve	No resuelve sus dudas
Definición complete	Cuando la MI por miedo, pena o preocupada por lo que dirán las demás personas no aclara sus dudas e inquietudes sobre los temas que se aborden
Cuando se usa	Cuando las MI no realiza preguntas sobre las dudas que tiene cuando asiste a una platica
Cuando no se usa	Cuando las MI realiza preguntas sobre las dudas que tiene cuando asiste a una platica
Ejemplo	<i>“no, la verdad no, porque me dio pena, y luego dicen ay seguramente ya tuvo que ver con alguien por eso pregunta”</i>

Código	PNo-UC
Definición breve	La pareja no quiere usar condón
Definición completa	Cuando la pareja de la MI no quiere y no le gusta usar condón
Cuando se usa	Cuando las MI menciona que la pareja no quiere usar condón
Cuando no se usa	Cuando las MI menciona que la pareja si quiere usar condón
Ejemplo:	<i>“pues diría yo pues cuando tenemos relaciones no usamos condón, porque no se lo quiere poner el marido, nomás no, me dice, haber comete una paleta con papel a ver a que te sabe, pues no, no quiere”</i>

Código	MINo-UC
Definición breve	No le gusta usar condón a la MI
Definición completa	El uso del condón le genera molestias y no les gusta usar condón
Cuando se usa	Cuando las MI menciona que no le gusta o no quiere usar condón
Cuando no se usa	Cuando las MI menciona que si le gusta o que si usa condón
Ejemplo	<i>“simplemente no me gusta, a veces si siento raro por dentro, no sé qué cosa siento pero si siento raro”</i>

Código	Info-UCC
Definición breve	Información sobre el uso y colocación del condón
Definición completa	Corresponde a las expresiones sobre cuando y para que usar el condon y la información o lo que les han platicado sobre la colocación del condón
Cuando se usa	Cuando las MI mencione cuando y para que ha usado o se usa el condón y si sabe colocarlo
Cuando no se usa	Cuando las MI no mencione nada sobre el uso y la colocación del condón
Ejemplo	<i>“Algunas me han dicho que por ponerse el condón les hacen operación o no sé. Luego dice una señora que se lo puso su marido el condón y luego se quedó adentro, se le chispo, y bueno hay ocasiones que si pasa eso y luego me da miedo, porque se le quedo adentro el condón y le hicieron quien sabe qué cosa para sacárselo”</i>

Código	MI-PUC
Definición breve	La MI propone el uso del condón
Definición completa	Solicitud de la MI a su pareja que se coloque el condón
Cuando se usa	Cuando las MI le solicita a su pareja que se coloque el condón
Cuando no se usa	Cuando las MI no le solicita a su pareja que se coloque el condón
Ejemplo	<i>“pero luego le decía yo ponte el condón, y él me decía no y luego así anda de perro y luego así llega otra vez aquí, luego este, dice es que no así no se siente bonito, y luego a veces se lo ponía, a veces no”</i>

Código	S/Disc/Sum-MI
Definición breve	Sexismo/discriminación/sumisión de la MI
Definición complete	Conductas discriminatorias basadas en actitudes prejuiciosas que evidencian sumisión, inferioridad y desigualdad de género.
Cuando se usa	Cuando las MI manifiesta sumisión, inferioridad y desigualdad de género
Cuando no se usa	Cuando las MI no manifiestan sumisión, inferioridad o desigualdad de género
Ejemplo	<i>“pues nada más me dijeron que obedezca a mi marido de lo que te manda, no quieras mala vida, lo que te mande hazlo, hazle la comida, pláñchale la ropa, no quieres que te ande gritando y a donde te vas con cuidado porque si te agarran con un hombre, nosotros como te defendemos, te tienes que cuidar”</i>

Código	MI-CP
Definición breve	La MI confía en su pareja
Definición completa	Cuando la MI menciona que tienen comunicación y confianza en su pareja
Cuando se usa	Cuando las MI confía en su pareja y es la única pareja
Cuando no se usa	Cuando las MI no confía en su pareja y tiene más parejas sexuales
Ejemplo	<i>“ahorita con mi pareja, lo platicamos y veo que hay mucha confianza y pues el claro me dice, si yo llego a tener relaciones con otra mujer otra persona yo te lo diría y ya decidiría si, si seguirías conmigo o no”</i>

Código	VP
Definición breve	Violencia de pareja
Definición completa	Se refiere a un patrón de control, en el cual, la pareja le causa algún tipo de daño físico, emocional o sexual
Cuando se usa	Manifestación de las MI de algún tipo de daño físico, emocional o sexual
Cuando no se usa	Cuando las MI no manifiesten algún tipo de daño físico, emocional o sexual
Ejemplo	<i>“insultos como que no valgo ni mierda, dice eres desperfecto humano, no sirves ni siquiera, todavía la mierda sirve para abono, ¿pero tú?. Mi esposo, una vez llego y quemo toda mi ropa, he notado que el siente un profundo odio por mí”</i>

Código	AUT-MI
Definición breve	Autoestima de la MI
Definición completa	Valoración personal de las MI
Cuando se usa	Cuando las MI expresan quererse, respetarse, cuidarse
Cuando no se usa	Cuando las MI no expresan sentimientos de estima personal
Ejemplo	<i>“Entons le digo, yo no tengo que padecer esto, yo no sé porque, porque te he estado aguantando tantas cosas, tantos insultos. y después le digo, ya no me voy a enojar, ya nada, porque deberás me estoy haciendo daño más a mí, yo padezco de epilepsia y cada rato estoy convulsionando y digo para que hacerme más daño, ya no le contestaba nada”</i>
Código	COMREDSOC
Definición breve	Comunicación de la red social
Definición completa	Establecer comunicación con las personas que forman parte de su red social (pareja, hijos, padres, servidores de salud)
Cuando se usa	Cuando las MI establecen comunicación con la pareja, hijos, padres, servidores de salud
Cuando no se usa	Cuando las MI no establecen comunicación con la pareja, hijos, padres, servidores de salud
Ejemplo	<i>“Pues quien sabe será por vergüenza, pero quien sabe, ósea que luego le digo y luego no me cree. Pues sí que se lo ponga el condón que si nos podemos contagiar, pero él dice que no es cierto”</i>

Apéndice S

Matriz para plan de análisis (métodos mixtos)

Matriz para plan de análisis

Concepto MPS	Conceptos derivados de la TRM	Temas de la Entrevista semiestructurada
Factores personales biológicos	La media de edad de inicio de vida sexual fue de $M=17.75$ ($DE= 3.49$).	Las MI, tienen su IVSA antes de los 17 años, con una pareja estable (en una unión formal), donde no se considera el uso del condón. Y no tienen información acerca de su sexualidad (relaciones sexuales, embarazo, uso del condón, ITS). <i>“A los 15 años tuve mi primera relación sexual. Yo me case chiquita, cuando yo estuve con mi pareja yo nunca pensé eso, tener sexo”</i>
Factores personales psicológicos	Autoestima la media estuvo por arriba del punto medio ($M= 31.22$, $DE= 4.81$), lo que indica que las mujeres refieren encontrarse satisfechas y a gusto consigo mismas, además de que tienen una actitud positiva hacia ellas mismas, también sienten	MI1 Las MI que se siente satisfecha y útil con lo que realiza le permite tomar decisiones en relación a su salud sexual. Evita ser dañada por la violencia que ejerce su pareja. <i>“Porque es mi digamos es mi vida, es mi cuerpo, le digo, pero pues también a veces me siento así como encerrada. Yo soy de esas personas que para que este bien la otra persona pues digamos que pues yo</i>

(continúa)

Matriz para plan de análisis (continuación)

Concepto MPS	Conceptos derivados de la TRM	Temas de la Entrevista semiestructurada
Factores personales psicológicos	que valen igual que los demás. El modelo muestra que la autoestima se asocia con la violencia de pareja ($R^2=.062$, $F_{[5,380]}=5.006$, $p <.001$), por lo que a mayor autoestima en las MI la violencia de pareja disminuye	<i>aunque me sienta mal pero para darle gusto digamos que así” MI1</i>
Factores personales socioculturales	Con respecto a los años de escolaridad, la media fue de 4.94 ($DE= 3.75$). La escolaridad se asocia con la conducta sexual ($R^2=.016$, $F_{[9,376]}=6.140$, $p<.014$), por lo que a mayor años de escolaridad mayor es la conducta sexual de riesgo en las MI.	En relación a las condiciones culturales el que las MI se sigan preparando en una educación formal, no es prioridad. <i>“cuando ellos supieron que ya tenía novio, me dijeron que ya no fuera a la escuela porque, porque nosotras las mujeres no necesitamos una carrera, ya con lo que sepas, conque sepan contar, además nada más para que vas a cuidar a tus hijos y hasta ahí, si nada más te vas a dedicar en la casa” MI2</i>

(continúa)

Matriz para plan de análisis (continuación)

Concepto MPS	Conceptos derivados de la TRM	Temas de la Entrevista semiestructurada
Factores personales socioculturales	<p>Sexismo: La media estuvo muy por encima del punto medio 67.11 ($DE= 11.26$), lo cual indica que las MI, tienen actitudes asociadas a roles sociales restringidos ya que refieren estar de acuerdo que todo hombre debería tener una mujer a quien amar o que deberían ser queridas y protegidas por los hombres.</p> <p>Ante la presencia del sexismo existen barreras para el uso del condón ($R^2=.16$, $F_{[5,380]}=14.548$, $p <.001$) y disminuye la autoeficacia para el uso del condón ($R^2=.14$, $F_{[5,380]}=12.730$, $p <.001$).</p>	<p>El discurso de las MI describe conductas discriminatorias basadas en actitudes prejuiciosas que evidencian sumisión e inferioridad. El sexismo es parte de una herencia cultural que muestra la desigualdad de género</p> <p>Las MI obedecen y atienden a su pareja, anteponiendo su tranquilidad, bienestar y salud.</p> <p>Asumen que son las responsables de la violencia de pareja por no atender a su pareja y hacer los quehaceres de la casa. <i>“Mis abuelitos me enseñaron que al esposo no hay que responder ajá, entonces yo casi no le respondí, yo me dejaba, haga de cuenta, me insultaba, me hacía lo que quería, llegaban días en que si me daba de cachetadas” MI2</i></p>

(continúa)

Matriz para plan de análisis (continuación)

Concepto MPS	Conceptos derivados de la TRM	Temas de la Entrevista semiestructurada
Factores personales socioculturales	Conocimientos sobre el VIH, sida y otras ITS. Se obtuvo una media ligeramente por encima del punto medio, lo que indica que las MI tienen conocimiento de que el sida es causado por un virus llamado VIH, que la principal forma de transmisión del VIH es a través de las relaciones sexuales, así mismo, tienen conocimiento que el condón es un método eficaz para evitar la transmisión del VIH, sin embargo respecto al conocimiento general de otras ITS, las MI mencionan que la gonorrea se cura sola en la mayoría de los casos y en cuanto al conocimiento sobre prevención del VIH, mencionan que las pastillas anticonceptivas son eficaces para prevenir la transmisión del VIH en las	Las MI no tienen conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS. Desinformación sobre los síntomas (los síntomas que mencionaron no corresponden a estos problemas de salud). La única vía de transmisión reconocida para estos problemas de salud es a través de las relaciones sexuales y como única forma de prevención es el uso del condón. La MI comenta que la información que tiene sobre VIH, sida, ITS y del condón es porque asiste a pláticas, por comentarios de conocidas o lo han visto en la televisión. <i>“El ¿sida? es algo malo, pero no tengo mucha información sobre eso”</i> MI3

(Continúa)

Matriz para plan de análisis (continuación)

Concepto MPS	Conceptos derivados de la TRM	Temas de la Entrevista semiestructurada
Beneficios de la acción	<p>relaciones sexuales.</p> <p>Los conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS se asocian con los beneficios percibidos para el uso del condón ($R^2=.14$, $F_{[5,380]}=12.698$, $p <.001$) y con las barreras para el uso del condón ($R^2=.16$, $F_{[5,380]}=14.548$, $p <.001$).</p> <p>Beneficios percibidos para el uso del condón, se obtuvo una media por arriba del punto intermedio, lo que significa que las MI consideran que con el uso del condón se demuestra interés en proteger la salud de la pareja, y que además es un método preventivo fácil y accesible.</p> <p>Los conocimientos sobre VIH, sida y otras ITS se asocian con los beneficios percibidos para el uso del condón ($R^2=.14$,</p>	<p>La información que las MI tienen sobre el uso del condón es que protege de ITS como el VIH, además previene el embarazo si se utiliza de manera adecuada.</p> <p>Las MI consideran que es necesario aprender a usar correctamente el condón.</p> <p><i>“Y pues, hasta más me dio confianza porque este, porque usar el condón te previene de varias cosas y como que me da más confianza, pero como le digo,</i></p>

(Continúa)

Matriz para plan de análisis (continuación)

Concepto MPS	Conceptos derivados de la TRM	Temas de la Entrevista semiestructurada
	$F_{[5,380]}=12.698, p <.001).$	<i>pues si él no lo quiere hacer, pues mejor no lo uso” MII</i>
Barreras percibidas de la acción	Barreras percibidas para el uso del condón, arroja una media ligeramente por encima del punto intermedio, lo que significa que las MI consideran que para el uso del condón deben tener el acuerdo con la pareja, así como contar con la voluntad del hombre. La autoestima, el sexismo y el conocimiento sobre VIH, sida y otras ITS, se asocian con las barreras para el uso del condón ($R^2=.16, F_{[5,380]}=14.548, p <.001).$	La MI al encontrarse en una relación monógama, existe una relación de confianza con la pareja. Ante la presencia del sexismo existe resistencia para el uso del condón, por lo que la pareja de la MI no acepta el uso del condón. <i>“cuando tenemos relaciones no usamos condón, porque no se lo quiere poner el marido, pero nomás no, me dice, haber comete una paleta con papel haber a que te sabe, pues no, no quiere” MI5</i>
Autoeficacia percibida	Autoeficacia percibida para el uso del condón, se encontró una media muy por debajo del punto intermedio, lo que indica que las MI no tienen habilidad para	La valoración personal de las MI y la información que tiene sobre las ITS le permite discutir el uso del condón con su pareja. Por lo que la MI es la que propone el uso

(Continúa)

Matriz para plan de análisis (continuación)

Concepto MPS	Conceptos derivados de la TRM	Temas de la Entrevista semiestructurada
	<p>colocarse un condón o ponérselo a su pareja, en relación al uso del condón con aprobación de la pareja, refiere que si tuviera que sugerir a su pareja usar el condón le daría miedo de que la rechazara; en relación al uso del condón bajo influencias de sustancias las MI mencionan que no pueden recordar el uso del condón después de ingerir bebidas alcohólicas. Sin embargo, la asertividad para el uso del condón, arrojó una media ligeramente por encima del punto intermedio, lo que indica que las MI refieren tener habilidad para discutir el uso del condón con su pareja.</p> <p>La autoestima, la escolaridad y sexismo influyen en la autoeficacia para el uso del</p>	<p>del condón en la relación sexual, de esta manera se siente protegida, ya que en algún momento han presentado alguna infección.</p> <p><i>“Siempre le digo yo, pero él no quiere, pues usa el condón y una vez pues sí lo hicimos pero me dice, es que a mí no me gusta y además porque si tú eres mi mujer, dice pues tu eres mi mujer y yo tengo que hacerlo así”</i> MII</p>

(Continúa)

Matriz para plan de análisis (continuación)

Concepto MPS	Conceptos derivados de la TRM	Temas de la Entrevista semiestructurada
	condón ($R^2=.14$, $F_{[5,380]}=12.730$, $p <.001$).	
Influencias Interpersonales	Violencia de Pareja se obtuvo una media muy por debajo del punto medio, sin embargo, es importante señalar que esta media indica, que las MI reportaron que al menos una vez han recibido algún tipo de violencia, siendo la violencia psicológica la que más predomina, ya que mencionan que la pareja se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades, la ha insultado, le ha dicho que es poco atractiva o fea y la ha rebajado y menospreciado. En cuanto a violencia física, las MI expresan haber recibido golpes con el puño o la mano, la empujado intencionalmente, pateado y jaloneado.	La violencia que la pareja ejerce en la MI. es un patrón de control y sometimiento, causándole daño emocional, físico, o sexual. Ante la violencia psicológica, queda limitada la libertad de expresión y de decisión. Se puede agravar esta situación ante la violencia física y sexual, donde la agresión repercute en la salud de la MI. <i>“me decía yo me case contigo por lastima, yo me case contigo porque ya se me iba el tren y fuiste la primera estúpida que cayo, cosas así, bueno insultos como que no valgo ni mierda, dice eres desperfecto humano, no sirves ni siquiera, todavía la mierda sirve para abono, ¿pero tú?”</i> MI8

(Continúa)

Matriz para plan de análisis (continuación)

Concepto MPS	Conceptos derivados de la TRM	Temas de la Entrevista semiestructurada
	<p>Respecto a la violencia física severa, las MI se han visto amenazadas con rifle y ha sido quemada con cigarro. En relación a la violencia sexual, las MI han sido amenazadas por su pareja con irse con otras mujeres si no acceden a tener relaciones sexuales, así mismo, su pareja le ha exigido y forzado a tener relaciones sexuales</p> <p>La autoestima y los conocimientos sobre el VIH, sida y otras ITS influyen sobre la violencia de pareja ($R^2=.062$, $F_{[5,380]}=5.006$, $p <.001$).</p> <p>La violencia de pareja tiene efecto en la conducta sexual en las MI ($R^2= .010$, $F_{[1,384]}=3.962$, $p <.047$).</p>	
Conducta promotora de	Conducta sexual en MI, se obtuvo una media ligeramente por encima	

(Continúa)

Matriz para plan de análisis (continuación)

Concepto MPS	Conceptos derivados de la TRM	Temas de la Entrevista semiestructurada
salud	del punto medio lo que indica que las MI tienen una pareja sexual estable y que nunca utilizan el condón en sus relaciones sexuales.	
Conducta promotora de salud	<p>Conducta sexual en MI, se obtuvo una media ligeramente por encima del punto medio lo que indica que las MI tienen una pareja sexual estable y que nunca utilizan el condón en sus relaciones sexuales.</p> <p>La escolaridad se relaciona con la conducta sexual ($R^2 = .040$, $F_{[2,383]} = 5.596$, $p < .004$)</p>	<p><i>“una vez pues sí lo hicimos pero me dice, es que a mí no me gusta... a mí esposo no le gusta y además porque si tú eres mi mujer, dice pues tu eres mi mujer y yo tengo que hacerlo así, yo pienso que así es mejor, si yo uso el condón a lo mejor es con otras personas no contigo”</i> MI1</p>

Resumen Autobiográfico

Vianet Nava Navarro

Candidata a Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: MODELO DE LA CONDUCTA SEXUAL EN MUJERES INDIGENAS

Biografía: Nací en la Ciudad de Puebla, Puebla el 20 de marzo de 1970. Hija del Sr. Fernando Nava Días y la Sra. Esperanza Navarro Rojas. Tengo cuatro hermanos. Soy casada y tengo tres hijos.

Educación: la Licenciatura en Enfermería, Especialidad en Perinatología y la Maestría en Ciencias de Enfermería las curse en la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Experiencia profesional: Enfermera general en el Hospital General Regional número 36 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Docente en el Programa Educativo de la Licenciatura en Enfermería de las asignaturas de Enfermería en Salud Familiar, Enfermería en Salud Reproductiva y de Pensamiento Enfermero. Coordinadora del Centro Comunitario de Atención al Cuidado de la Vida. Integrante del Cuerpo Académico de Enfermería Comunitaria. Participación como colaboradora en la Red de Investigación del Cuidado interdisciplinario en familias con historia de diabetes tipo 2. Participación como ponente en la socialización de resultados de investigación en eventos académicos. Participación en Recursos Humanos y Dirección General de Educación Superior de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.