



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE SICOLOGÍA CLÍNICA

**“AUTOEFICACIA SEXUAL Y PRÁCTICAS DE RIESGO EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN O PROYECTO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE SICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTOR: ALEX ANDRES MONTERO ROMERO

DIRECTOR: Mg. YENIMA HERNANDEZ

CUENCA – ECUADOR

2021

*No me gradué en los
50 años de La Cato!*



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE SICOLOGÍA CLÍNICA

**“AUTOEFICACIA SEXUAL Y PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN O PROYECTO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE SICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTOR: ALEX ANDRES MONTERO ROMERO

DIRECTOR: Mg. YENIMA HERNANDEZ

CUENCA - ECUADOR

2021

*Yo me gradué en los
50 años de La Cato!*

Autoeficacia sexual y prácticas sexuales de riesgo en estudiantes Universitarios

Resumen

Las prácticas sexuales de riesgo son conductas sexuales inadecuadas, como el uso no sistemático de preservativos y métodos anticonceptivos, relaciones sexuales con varias parejas y/o bajo los efectos del alcohol u otras sustancias, que tienen como consecuencias el contagio de ITS VIH-SIDA, embarazos no deseados, exposición a actividades sexuales no deseadas o consentidas. En este contexto se estudia la autoeficacia, como una variable psicológica asociadas a prácticas sexuales de riesgo. **Objetivos:** Obtener evidencia de validez y confiabilidad del instrumento *Self-Efficacy for Aids* (SEA-27); identificar la autoeficacia sexual y las prácticas sexuales de riesgo en jóvenes universitarios y determinar la relación entre éstas en la muestra de estudio. **Metodología:** Diseño no experimental, cuantitativo, transversal, descriptivo-correlacional, con la participación de una muestra no probabilística de estudiantes de una Universidad Privada del Ecuador. Se empleó el instrumento (SEA-27), para recolección de información. En el análisis de los datos obtenidos, se empleó el software SPSS (v25.0). Se consideraron las normas vigentes para la ética de la investigación según APA y los lineamientos establecidos por la Universidad a los efectos de la Investigación con Seres Humanos. **Resultados:** El instrumento (SEA-27), mostró evidencia de validez y confiabilidad en la población estudiada. Existen magnitudes significativas de jóvenes que no utilizaron condón en su primera relación sexual, la cual se produjo entre los 16-19 años. El mayor número de participantes presentan una mayor autoeficacia para preguntar sobre conductas de riesgo a la pareja, y para el uso del condón. **Discusión:** El cuestionario SEA-27 dispone de propiedades psicométricas que avalan su uso en contexto juvenil ecuatoriano. Las prácticas sexuales riesgosas, constituyen un problema de salud en universitarios ecuatorianos, asociadas a la autoeficacia sexual por lo que podría considerarse, en futuros estudios, su papel predictor de estas prácticas. Resulta significativo considerar en los programas de prevención de conductas sexuales de riesgo dirigidos a población juvenil, aquellas dimensiones de la autoeficacia sexual que se relacionan a las prácticas sexuales riesgosas.

Palabras Claves: *Autoeficacia sexual, prácticas sexuales de riesgo, sexualidad en universitarios.*

Abstract

Risky sexual practices are inappropriate sexual behaviours, such as the non-systematic use of condoms and contraception, intercourse with multiple partners and/or under the influence of alcohol or other substances, which have the effect of spreading HIV-STI AIDS, unwanted pregnancies, exposure to unwanted or consensual sexual activities. In this context, self-efficacy is studied as a psychological variable associated with risky sexual practices. **Objectives:** To obtain evidence of validity and reliability of the Self-Efficacy for Aids (SEA-27) instrument; to identify sexual self-efficacy and risky sexual practices in university students and to determine the relationship between them in the study sample. **Methodology:** Nonexperimental, quantitative, transversal, descriptive-correlational design, with the participation of a non-probabilistic sample of students from a Private University of Ecuador. The instrument (SEA-27) was used to collect information. In the analysis of the data obtained, SPSS software (v21.0) was used. We considered the current norms for the ethics of research according to APA and the guidelines established by the University to the effects of Research with Human Beings. **Results:** The instrument (SEA-27) showed evidence of validity and reliability in the population studied. There are significant numbers of young people who did not use condoms in their first sexual intercourse, which occurred between the ages of 16-19. The greater number of participants present a greater self-efficacy to ask about risky behaviors to the couple, and for the use of the condom. **Discussion:** The SEA-27 questionnaire has psychometric properties that support its use in Ecuadorian youth context. Risky sexual practices are a health problem in Ecuadorian university students, associated with sexual self-efficacy, so it could be considered, in future studies, its predictor of these practices. It is significant to consider in programmes for the prevention of risky sexual behaviour directed at young people those dimensions of sexual self-efficacy that are related to risky sexual practices.

Keywords: *Sexual self-efficacy, risky sexual practices, sexuality in university.*

Introducción

Durante mucho tiempo, la salud sexual ha sido el centro de atención para el desarrollo de varios estudios, que han tratado de determinar posibles causas que afectan la misma en diferentes poblaciones alrededor del mundo, debido al elevado número de contagios de enfermedades de transmisión sexual, VIH-SIDA y embarazos no deseados, afectando todo esto a poblaciones vulnerables.

Una de estas poblaciones en riesgo son los jóvenes, los mismos que llevados por la curiosidad, libertad y falta de conocimiento, tienden a evadir los posibles riesgos que conllevan un inadecuado cuidado de la salud sexual. Por otra parte, se sabe que una de las etapas en donde los jóvenes acceden a una mayor autonomía e interacción social es la etapa universitaria. Por ello es importante conocer qué factores pueden asociarse a las conductas sexuales de riesgo en población juvenil, con la finalidad de evitar o disminuir las consecuencias de las mismas.

Durante la vida universitaria, muchos jóvenes tienden a llevar una vida sexual activa, que en ocasiones ha comenzado a edades tempranas, y en muchos casos se desarrolla de manera inadecuada e irresponsable, con comportamientos, como el uso erróneo de métodos anticonceptivos y del condón, la falta de uso de los mismos, bien por insuficiente conocimiento y/o limitada educación sexual. Además de las relaciones sexuales en monogamia o poligamia seriada, manteniendo relaciones bajo el consumo de alcohol y otras sustancias, lo que incrementa el riesgo de exposición a diferentes situaciones de riesgo de naturaleza sexual.

El alcohol, una de las sustancias preferidas y mayormente consumidas por los jóvenes; su excesivo consumo y asociado al acto sexual, limita las capacidades tanto físicas como psíquicas, para la toma de decisiones correctas, como el usar métodos de protección o el acto sexual con parejas desconocidas. A todo esto, se le designa como prácticas sexuales de riesgo, que tienen como consecuencias problemas en la salud sexual, como el contagio de enfermedades de transmisión sexual, VIH-SIDA, embarazos no deseados, violencia sexual, llegando a ser posibles limitantes para los estudiantes ya sea en el ámbito educativo, social, familiar, personal, sexual (Carmen et al., 2015; García et al., 2017; Nascimento et al., 2018).

Las prácticas sexuales de riesgo, se encuentran vinculadas a procesos psicológicos que regulan dichas prácticas, lo que justifica la necesidad de enfocarnos en las variables psicológicas vinculadas a las conductas sexuales. Una de estas es la autoeficacia, que básicamente es conocida y definida como la creencia en las propias capacidades individuales, para afrontar ciertas situaciones y la toma de decisiones, por lo que la misma juega un papel

importante en la predicción y prevención de las prácticas sexuales de riesgo. En el caso de la autoeficacia sexual, se puede establecer si un individuo toma la decisión de proteger su salud sexual, mediante la negociación del sexo seguro, a más del uso adecuado de preservativos y métodos anticonceptivos, disminuyendo así los posibles riesgos de una vida sexual inadecuada y sus consecuencias (Palacios-Delgado & Ortego-García, 2020; Pérez-Jiménez et al., 2009).

Por lo anteriormente señalado, la presente investigación busca identificar los niveles de autoeficacia sexual en estudiantes, de una Universidad Privada del Ecuador y su relación con las prácticas sexuales de riesgo.

Fundamentación Teórica

La Salud Sexual es considerada como un factor importante en la formación, crecimiento y desarrollo integral del ser humano, en tanto permite asegurar la trascendencia biológica y cultural de la especie, la vinculación erótica afectiva, la capacidad de expresar y recibir placer, así como la genuina expresión como hombres y mujeres (Folch et al., 2015).

Históricamente, los temas de contenido sexual eran considerados como tabúes o prohibidos por varias culturas y religiones, generando represión sexual en la sociedad, opacando la educación y los conocimientos sobre la salud sexual. Por tal motivo, se han venido dando una serie de eventos críticos de conductas sexuales riesgosas hasta la actualidad, aumentando la incidencia de enfermedades de transmisión sexual, número de embarazos no deseados y mayores reportes de insatisfacción sexual, entre otras repercusiones en la salud sexual de los jóvenes (Romero-Hugo, Castaño-Guillermo, Colorado-Leydy, 2011).

Las prácticas sexuales de riesgo, son aquellas conductas o actos de tipo sexual a las cuales se expone un individuo, poniendo en riesgo su salud sexual, entre los que se destaca, el sexo con varias parejas, inicio temprano de la actividad sexual, comportamientos sexuales bajo los efectos del alcohol u otras sustancias, la falta de conocimiento sobre el uso de métodos de protección, así como el no uso de los mismos (Saeteros et al., 2015).

Otros autores como Uribe, A., & Orcasita (2011) hacen referencia a ciertas prácticas sexuales de riesgo como, el inicio precoz o temprano de los actos sexuales, disminución del uso del preservativo, relaciones sexuales bajo los efectos de sustancias psicoactivas y el número de parejas sexuales. García-Vega et al., (2012) refieren, que el consumo de alcohol y la cantidad de parejas sexuales, son tomadas como conductas sexuales de riesgo. El alcohol y otras sustancias psicoactivas disminuyen la capacidad de percepción de riesgo, por lo que existe una

probabilidad de que se den actos sexuales inapropiados, evadiendo el uso de métodos anticonceptivos y de protección, aumentando el riesgo de contagio ITS y de embarazos no deseados (Alfonso & Figueroa Pérez, 2017).

Alfonso & Figueroa Pérez (2017) mencionan, que el alcohol es la sustancia de mayor preferencia por los jóvenes, en donde bajo sus efectos un individuo tiende a desinhibirse, tanto conductualmente como cognitivamente, causando que los encuentros y las experiencias sexuales sean arriesgadas, en tanto aumenta la excitación sexual. Se reporta que universitarios mexicanos se han visto involucrados en prácticas sexuales bajo el consumo de alcohol y otras sustancias, además de la falta de uso del condón al momento del acto sexual (Fernández Cáceres et al., 2016).

Es probable que la falta de uso de métodos anticonceptivos, se encuentren ligados a la falta de conocimiento de los mismos, así como también a la falta de percepción del riesgo que puede ocasionar (Saeteros et al., 2015). A pesar de que los universitarios tienen ciertos conocimientos sobre la salud sexual, tienden a seguir exponiéndose a prácticas sexuales riesgosas, debido a que en esta etapa suelen llevar una vida sexual activa, en ocasiones sin tener conciencia sobre las posibles consecuencias a las cuales se enfrentan (Uribe Rodríguez et al., 2016).

Las consecuencias negativas antes descritas, secundarias a las prácticas sexuales de riesgo, generan conflictos tanto físicos como psicológicos (Saeteros et al., 2015). Varios Organismos Internacionales del ámbito de la Salud y la Educación (OMS, OPS, UNICEF) se han esforzado para la disminución de estas problemáticas, sin embargo, aún siguen constituyendo un riesgo global para la salud en la población juvenil.

Una de las poblaciones que tienden a participar en actividades sexuales de riesgo, es la población universitaria, debido a que muchos de ellos ingresan a edades tempranas al estudio superior, aproximadamente antes de los 18 años, en donde continúan enfrentándose a cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales, mismos que interfieren en la manera de adaptarse a las presiones sociales y a las demandas que ejerce la misma (Uribe-Ana & Orcasita-Linda, 2009).

Además de que, durante esta etapa, los seres humanos mantienen relaciones más abiertas con mayor independencia de los padres, interactuando con un mayor círculo de amistades y parejas, recibiendo influencia de personas que han tenido mayor número de experiencias sexuales, por lo que en muchas ocasiones inician su vida sexual posiblemente de

manera inadecuada, poniendo en riesgo la salud sexual, bienestar físico y psicológico (Guerrero Alcedo, 2014).

Badillo-Viloria et al., (2020) refieren, que varios estudiantes universitarios han comenzado una vida sexual activa a edades tempranas, en donde el riesgo de haber contraído una enfermedad de transmisión sexual, tener hijos o haber atravesado por un aborto, ha sido considerablemente alto, motivo por el cual se ha considerado a los jóvenes como una población vulnerable, para la intervención en salud sexual. Saeteros et al., (2015) en una investigación realizada con estudiantes universitarios ecuatorianos, afirma que varios de los mismos han tenido un inicio temprano en sus relaciones sexuales, sexo con varias parejas y actividad sexual bajo los efectos de drogas, principalmente el alcohol, dando como resultado embarazos no deseados, abortos provocados y enfermedades de transmisión sexual.

Las conductas sexuales de riesgo, se encuentran vinculadas a variables psicológicas que interfieren en el desarrollo o control de las aquellas. Una de estas variables es la autoeficacia sexual, misma que ha resultado ser una variable predictora de la experiencia sexual ya sea positiva o negativa (Ramiro et al., 2013).

Se ha reportado que la autoeficacia sexual, se relaciona con otros fenómenos psicológicos, como con la asertividad, quienes, al correlacionarse entre sí, tienden a ser predictoras de las prácticas sexuales de riesgo, así como también de otros factores protectores y predictores de la salud sexual (Uribe Alvarado et al., 2017). La autoeficacia sexual, deriva de la autoeficacia general, entendida como un constructo global que expresa, cuán eficaz se perciben las personas al enfrentarse a diferentes situaciones cotidianas, y las creencias que tienen sobre sus propias capacidades.

La autoeficacia general, ha sido definida inicialmente por Bandura (1997) desde la teoría socio cognitiva, como una integración de evaluaciones cognitivas que forman parte de la habilidad para afrontar situaciones que permiten al ser humano actuar de manera eficaz, ante diversas situaciones, con el fin de conseguir un resultado exitoso (Bandura, 1997, citado en Delgado, 2015).

Otros autores definen la autoeficacia, como la creencia del ser humano en sus propias capacidades individuales para afrontar ciertas situaciones, logrando manejarlas como tomar decisiones ante las mismas oportunamente (Girardi et al., 2018). Según Olaz (2003) existen juicios hacia autoeficacia, mediante el uso de señales como logros de rendimiento, éxitos, fracasos, establecimiento de metas, entre otros, que los individuos usan para evaluar cuán

eficaces son ante distintas actividades que realizan en su vida diaria, así como también para la formulación de planes o metas a futuro (Fernández, 2009).

Varios autores concuerdan al hablar sobre la autoeficacia, mencionando que se trata de las capacidades y posibilidades, creadas durante la vida de un ser humano, de acuerdo a la crianza, entorno y experiencias. Además de que involucra emociones, sentimientos y conductas, para así enfrentarse a situaciones de la vida diaria y estresores, poniendo a prueba sus capacidades, nivel de desempeño y confianza que se logra generar de acuerdo a la autoeficacia (Fernández, 2009).

Por otro lado, Delgado (2015) sugiere que un nivel alto de autoeficacia se encuentra vinculado al bajo nivel de involucramiento con conductas de riesgo. Además, destaca el autor, que las personas que no muestren capacidad para resistirse o rechazar prácticas que afecten su salud, presentarán un nivel bajo de autoeficacia.

La autoeficacia, al relacionarse con procesos cognitivos, consigue que los seres humanos evalúen los resultados de sus acciones, utilizándolos como experiencias que refuerzan las creencias sobre sus propias capacidades, en donde a futuro en situaciones similares, probablemente se usen de acuerdo al grado de satisfacción pasada, por lo que al evaluar la reacción de los individuos ante diferentes circunstancias se puede determinar la manera de usar sus conocimientos y habilidades aprendidas, estableciendo la interacción del acto y la capacidad para hacerlo (Medina & Medina, 2007). También es importante señalar, que la autoeficacia puede ser tomada en cuenta como una determinante de una conducta, para así posteriormente, a partir de la misma lograr predecir una conducta de riesgo (Delgado, 2015).

Bandura (1994), citado en Ballester et al., (2013) involucra su teoría de la autoeficacia con la sexualidad, en donde explica las conductas sexuales de riesgo asociadas a la infección por VIH. El autor señala que, mediante el uso de recursos cognitivos, previamente formados a partir de creencias, experiencias, conocimientos, influencias sociales, etc. El ser humano percibe la capacidad que tiene para controlar su comportamiento sexual.

La autoeficacia sexual, se ha visto relacionada con las prácticas sexuales, ya sea como un factor protector o predictor de riesgo. En el desarrollo de esta potencialidad influye la capacidad de los individuos para protegerse de infecciones de transmisión sexual VIH y negociar el sexo seguro (Pérez-Jiménez et al., 2009). Por otra parte, se ha identificado que la autoeficacia sexual juega un papel importante en la decisión de usar de manera aislada y/o sistemática, métodos de protección como los condones y anticonceptivos, en donde los sujetos con un nivel

bajo de autoeficacia sexual han mostrado un uso inadecuado de estos métodos (Palacios-Delgado & Ortego-García, 2020).

Estudios demuestran que el sexo femenino presenta mayor autoeficacia sexual que el masculino, determinando que son menos susceptibles a presentar conductas sexuales de riesgo (Cataño, 2016; Elena et al., 2016; Palacios-Delgado & Ortego-García, 2020). Por otro lado, también se reporta que existe correlación entre autoeficacia sexual y la toma de decisiones sobre el tener relaciones sexuales o no (Orcasita et al., 2018).

Investigaciones realizadas en universitarios, advierten la importancia de la Autoeficacia sexual, no solamente como una variable predictora de la intención del uso de métodos anticonceptivos y del condón, sino también como un factor explicativo de la permanencia de un cambio dado, luego de una intervención preventiva de la salud sexual (Ballester et al., 2013).

A medida que ha despertado el interés científico por el estudio de la autoeficacia, han surgido instrumentos de evaluación que miden el nivel de la misma, teniendo en cuenta el vínculo que tiene con diferentes ámbitos del ser humano; como el educativo, social, sexual, etc.

Jerusalem & Schwarzer, (1995) citado en Bueno-Pacheco et al., (2018) crean la Escala de Autoeficacia Generalizada, que evalúa la capacidad del ser humano para adaptarse y controlar diferentes situaciones del diario vivir, como el enfrentarse a situaciones estresantes. Este instrumento, en su versión original en idioma alemán, cuenta con 10 ítems y ha sido adaptado tanto al español como a otros idiomas; se ha aplicado, validado y adaptado a varios países alrededor del mundo (Espada et al., 2012; Grimaldo, 2005; Suárez et al., 2000).

Así también para la evaluación y estudio de la autoeficacia sexual, existen instrumentos que miden el nivel de la misma y la relación entre ésta y la salud sexual. Dilorio et al., (1997) citado en Huitzil Ascención et al., (2017) mediante la escala Multisitio del Instituto Nacional de Salud Mental para la Autoeficacia en el uso de condón, busca medir la capacidad percibida para su uso mediante una escala de 26 ítems. Dicho instrumento ha mostrado ser útil en el estudio de la autoeficacia sexual, determinando la existencia de una posible conducta sexual de riesgo asociada al uso de preservativo.

El cuestionario Self-Efficacy For Aids (SEA 27), que inicialmente fue creado en inglés, con 22 ítems por Kasen, Vaughan y Walter, en el año 1992, ha resultado de un uso extendido en la comunidad académica. Posteriormente se tradujo al español y validó en población mexicana por López-Rosales & Moral-De La Rubia (2001). Este instrumento ha sido usado

para la evaluación de la autoeficacia, relacionada con aspectos conductuales de tipo sexual para la prevención del SIDA.

Objetivo general

Caracterizar la autoeficacia sexual y las prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios.

Objetivos específicos

Obtener evidencia de validez y confiabilidad del instrumento Self-Efficacy For Aids (SEA-27).

Identificar la autoeficacia sexual y las prácticas sexuales de riesgo en jóvenes universitarios.

Determinar la relación entre autoeficacia sexual y las prácticas sexuales de riesgo.

Metodología

Investigación no experimental, de tipo cuantitativa, descriptivo-correlacional y de corte transversal, con la participación de una muestra no probabilística de estudiantes universitarios de ambos sexos de las carreras de Ciencias de la Salud e Ingenierías de una Universidad Privada del Ecuador, tomando en cuenta como criterios de inclusión pertenecer a dichas carreras, edades comprendidas entre 18 y 24 años, con parejas sexuales en los últimos 3 meses. Se consideraron en los criterios de exclusión a estudiantes de otras carreras ajenas a las descritas anteriormente, adolescentes y mayores de 25 años, que no dispongan de pareja en los 3 meses previos al estudio.

Para estimar el tamaño de la muestra requerida, para el análisis de correlaciones se empleó el software G-Power, que permitió determinar que el tamaño óptimo de la muestra, considerando un tamaño del efecto de 0.5 y un poder estadístico de 0.95, debía superar los 34 casos. La muestra finalmente estuvo integrada por 273 estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Para la recolección de información se usó el instrumento Self-Efficacy For AIDS (SEA-27), que mide la autoeficacia relacionada con aspectos de la conducta o actividad sexual para la prevención del SIDA. Este instrumento fue creado por Kasen, Vaughan y Walter (1992). En su versión original en inglés contiene 22 ítems, su estudio se desarrolló con adolescentes de ambos sexos de entre 15 y 18 años en Nueva York, identificando un nivel alto de consistencia interna y validez en la capacidad discriminadora de conductas de riesgo. Fue traducido del

inglés al español y validado en México por López-Rosales & Moral-De La Rubia (2001). Esta versión modificada por López-Rosales & Moral-De La Rubia (2001) contiene 27 ítems y 4 factores o subescalas:

- La primera subescala está conformada por 11 ítems (Capacidad para negarse a las relaciones sexuales en circunstancias específicas), que van desde el consumo de alcohol hasta las relaciones sexuales con parejas desconocidas.
- La segunda subescala está formada por 8 ítem (Capacidad percibida para la adquisición y uso correcto del condón).
- La tercera subescala contiene 4 ítems (Capacidad percibida para indagar sobre la historia sexual y conductas de riesgo del compañero).
- La cuarta subescala contiene 4 ítems (Capacidad para abstenerse de las relaciones sexuales, fidelidad y comunicación con padres sobre sexualidad).

Tiene un patrón de respuesta tipo Likert (Nada seguro, Algo seguro, Medio Seguro, Muy seguro, Totalmente seguro) y su nivel de fiabilidad por Alpha de Cronbach es de 0.89 (López-Rosales & Moral-De La Rubia, 2001). Se registró que este instrumento fue aplicado en una investigación desarrollada en el Ecuador en la Universidad Estatal de Milagro en el año 2017 sin que se reporten propiedades psicométricas.

Para la determinación de evidencias de validez convergente y discriminante se usó la escala de Autoeficacia General de Jerusalem & Schwarzer, (1995), misma que evalúa la capacidad del ser humano, para adaptarse y controlar diferentes situaciones. Esta escala ha sido validada para población universitaria ecuatoriana por Bueno-Pacheco et al., (2018). Dicha escala consta de 10 Ítems, con un patrón de respuesta tipo Likert de 1 a 4 (1=Nunca, 2=Pocas Veces, 3=Muchas Veces, 4=Siempre).

Para la obtención de información, se tomó en cuenta las normas vigentes para la ética de la investigación según APA (2010), así como la Declaración de Helsinki para la investigación con seres humanos, y sometido al escrutinio del Comité de Ética de la Investigación con Seres Humanos, CEISH de la Universidad Católica de Cuenca. Dispone además del aval del Comité Internacional de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Se respetó la autonomía del participante, haciendo expresa su voluntariedad de participación mediante la rúbrica de consentimiento informado. La información recabada, se utilizó únicamente con los fines declarados en la investigación y posterior a su finalización serán

totalmente destruidos. Se dispuso de la Autorización institucional para el desarrollo de la investigación. Se aseguró el respeto y protección de los que se rehusaron a participar. El reactivo se aplicó de manera virtual, tomando en cuenta la coordinación con la institución para que el link llegará de manera oportuna y anónima a los participantes.

Para el procesamiento y análisis de datos obtenidos, se empleó el software SPSS, en su versión 25.0 que permitió la exploración de los datos, el análisis descriptivo de éstos (medidas de tendencia central y dispersión) y la determinación de correlaciones entre las variables (r de Pearson).

Resultados

Se trabajó con una población de 273 estudiantes Universitarios, en donde el 35,9% son del género masculino, mientras que el 63,0% del género femenino y el 1,1% otros. La mayor parte de la población profesa la religión católica con un porcentaje 71,5%. El 86,8% mantiene un estado civil soltero. El rango mayor de edad de los participantes es de 20 a 25 años con un porcentaje de 62,3%; por otra parte, la mayor proporción pertenecen a la Facultad de Salud y Bienestar con un 77,3%. Atendiendo al ciclo académico el 48,4% están cursando entre cuarto y octavo ciclo.

Tabla 1

Correlaciones obtenidas entre las dimensiones de la escala Self-Efficacy For Aids (SEA-27) y la Escala Autoeficacia General.

		Autoeficacia para rechazar relaciones sexuales	Autoeficacia para el uso del condón	Autoeficacia para preguntar sobre conductas de riesgo a la pareja	Autoeficacia para no mantener relaciones prematrimoniales, ser fiel a la pareja y platicar de sexo con los padres
Autoeficacia General	Correlación de Pearson	,228**	,343**	,323**	,157**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,009
	N	273	273	273	273

En referencia al objetivo específico uno, la evidencia de validez de constructo del instrumento Self Efficacy for Aids (SEA-27), se determinó mediante el análisis de correlaciones bivariadas con la Escala de Autoeficacia General. Se reportan correlaciones significativas entre la Autoeficacia General y la Autoeficacia para rechazar relaciones sexuales, Autoeficacia para el uso del condón y la Autoeficacia para preguntar sobre conductas de riesgo a la pareja, todas con valores de $p=.000$.

Todas las correlaciones fueron positivas por lo que, a mayor autoeficacia general, mayor autoeficacia sexual. Se reporta las correlaciones más fuertes entre la autoeficacia general y la autoeficacia para el uso de condón ($r=.343$, $p=.000$), seguido de la correlación entre la autoeficacia general y la autoeficacia para preguntar sobre conductas de riesgo a la pareja ($r=.323$, $p=.000$) y la correlación entre la autoeficacia general y la autoeficacia para rechazar las relaciones sexuales con una correlación significativa positiva y moderada ($r=.228$, $p=.000$).

No se reporta asociación estadística entre la autoeficacia general y la Autoeficacia para no mantener relaciones prematrimoniales, ser fiel a la pareja y platicar de sexo con los padres ($r=.157$, $p=.009$). (Tabla 1).

Mediante el cálculo de coeficiente de Alpha de Cronbach, se ha identificado que el constructo Autoeficacia Sexual, en la muestra estudiada, tiene una consistencia interna de $\alpha=.66$, equivalente a un rango aceptable de confiabilidad, considerando la interrelación entre las dimensiones e ítems que componen el instrumento (Rafael et al., 2010).

Tabla 2

<i>Descripción de prácticas sexuales de riesgo.</i>		
Prácticas Sexuales	Frecuencia	Porcentaje
<i>¿Ha tenido relaciones sexuales</i>		
Si	273	100%
No	0	0%
<i>¿Utilizaste el condón en tu primera relación sexual?</i>		
Si	186	68,1%
No	87	31,9%
<i>¿A qué edad fue tu primera relación sexual?</i>		
12 a 15	43	15,8%
16 a 19	185	67,8%
20 a 23	41	15,0%
24 a 27	4	1,5%
<i>Tu primera relación sexual fue:</i>		
Algo que planeaste	115	42,1%
Algo que no Planeaste	158	57,9%
<i>Has tenido relaciones sexuales, bajo los efectos del alcohol u otras sustancias</i>		
Si	147	53,8%
No	126	46,2%

<i>Número de personas con las que has tenido relaciones sexuales</i>		
1 a 5	198	72,5%
5 a 10	43	15,8%
Más de 10	32	11,7%
<i>Utilizas condones en tus relaciones actuales</i>		
Si	190	69,6%
No	83	30,4%
<i>Actualmente consumes alcohol u otras sustancias al mantener relaciones</i>		
Si	16	5,9%
No	257	94,1%

Entre las prácticas sexuales de mayor riesgo, se identificó que el 31.9% de los participantes no usaron condón en su primera relación sexual. La edad de inicio de las relaciones sexuales fue temprana, entre 16 - 19 años con un porcentaje de 67.8%, este debut sexual, en la mayor proporción de estudiantes fue algo no planeado 57.9%, demostrando que las relaciones sexuales han sido de manera imprevista. Posteriormente en cuanto a las relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol u otras sustancias, el 53.8% afirmó haber sostenido actividad sexual en el contexto del consumo.

Los jóvenes practican las relaciones seriadas, con un 72.5% que ha tenido entre 1 a 5 parejas sexuales; el 15.8% refieren haber tenido de 5-10 parejas. En relación al uso del condón en las relaciones actuales se identificó que el 30.4 % no usa Condón, en tanto el 69.6% si reporta su uso (Tabla 2).

Tabla 3

<i>Descripción de Autoeficacia Sexual</i>	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Autoeficacia para rechazar relaciones sexuales.	273	11,00	55,00	33,8681	13,79435
Autoeficacia para el uso del condón.	273	8,00	40,00	29,1209	8,56056
Autoeficacia para preguntar sobre conductas de riesgo a la pareja.	273	4,00	20,00	15,5458	4,42240
Autoeficacia para no mantener relaciones prematrimoniales, ser fiel a la pareja y platicar de sexo con los padres.	273	4,00	20,00	9,8132	4,22156

Se ha identificado que las puntuaciones son bajas, en relación al máximo esperado en la escala, para todas las dimensiones de la Autoeficacia Sexual, no obstante, las medidas de la desviación estándar son bajas y hablan a favor de la homogeneidad de las respuestas. Considerando que el instrumento no es equiponderado, se analiza la media alcanzada para cada dimensión en relación con el valor máximo para cada dimensión.

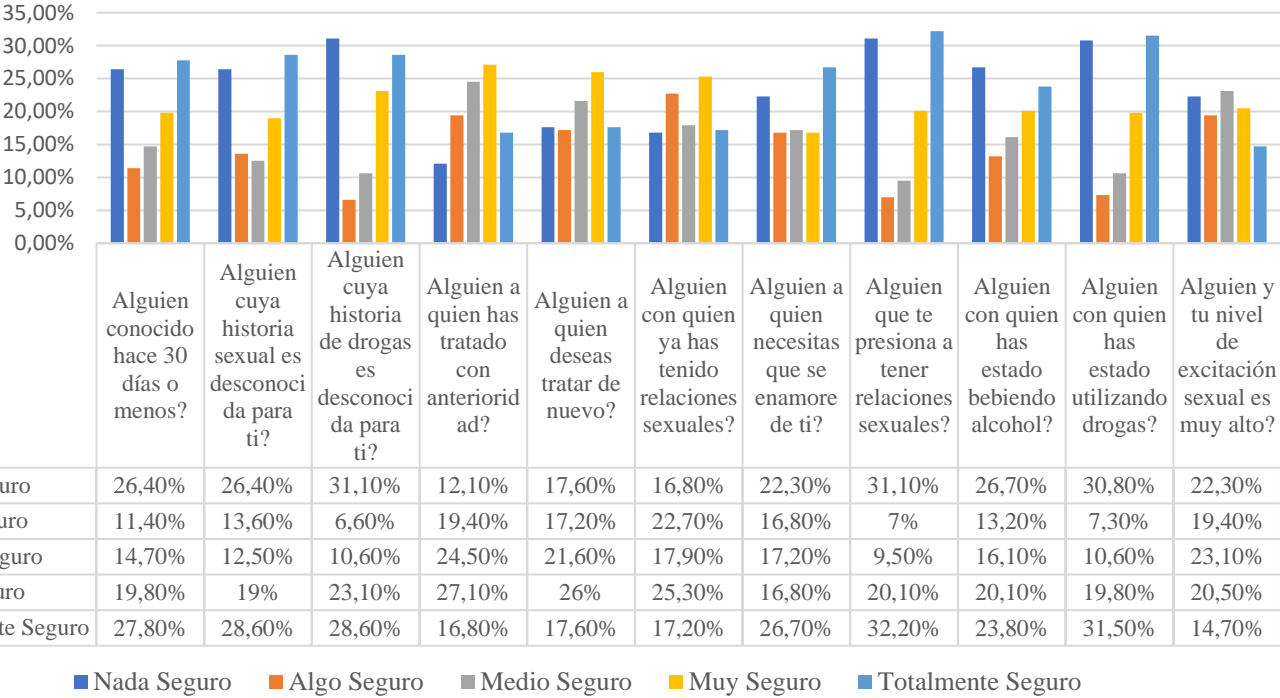
La Autoeficacia para preguntar sobre conductas de riesgo a la pareja, constituye la dimensión donde los participantes alcanzan las puntuaciones más elevadas de la media en relación al valor máximo esperado para la dimensión, siendo la media de 15.545 y el máximo

de 20.0; seguido de la Autoeficacia para el uso del condón con un valor medio de 29.120 y una máxima de 40.0. Las dimensiones más comprometidas son, la Autoeficacia para rechazar relaciones sexuales, con un valor de la media de 33.868 y un máximo esperado de 55.0 y la Autoeficacia para no mantener relaciones prematrimoniales, ser fiel a la pareja y platicar de sexo con los padres, con una puntuación media de 9.813 y un máximo para la escala de 20.0 (Tabla 3).

Por el valor que tiene la Autoeficacia para rechazar relaciones sexuales no deseadas, en la prevención de conductas sexuales de riesgo y los niveles bajos alcanzados en la media de esta dimensión, se caracterizan los ítems que comprometen el desarrollo de esta habilidad psicosexual. (Figura 1)

Figura 1. Autoeficacia para rechazar relaciones sexuales

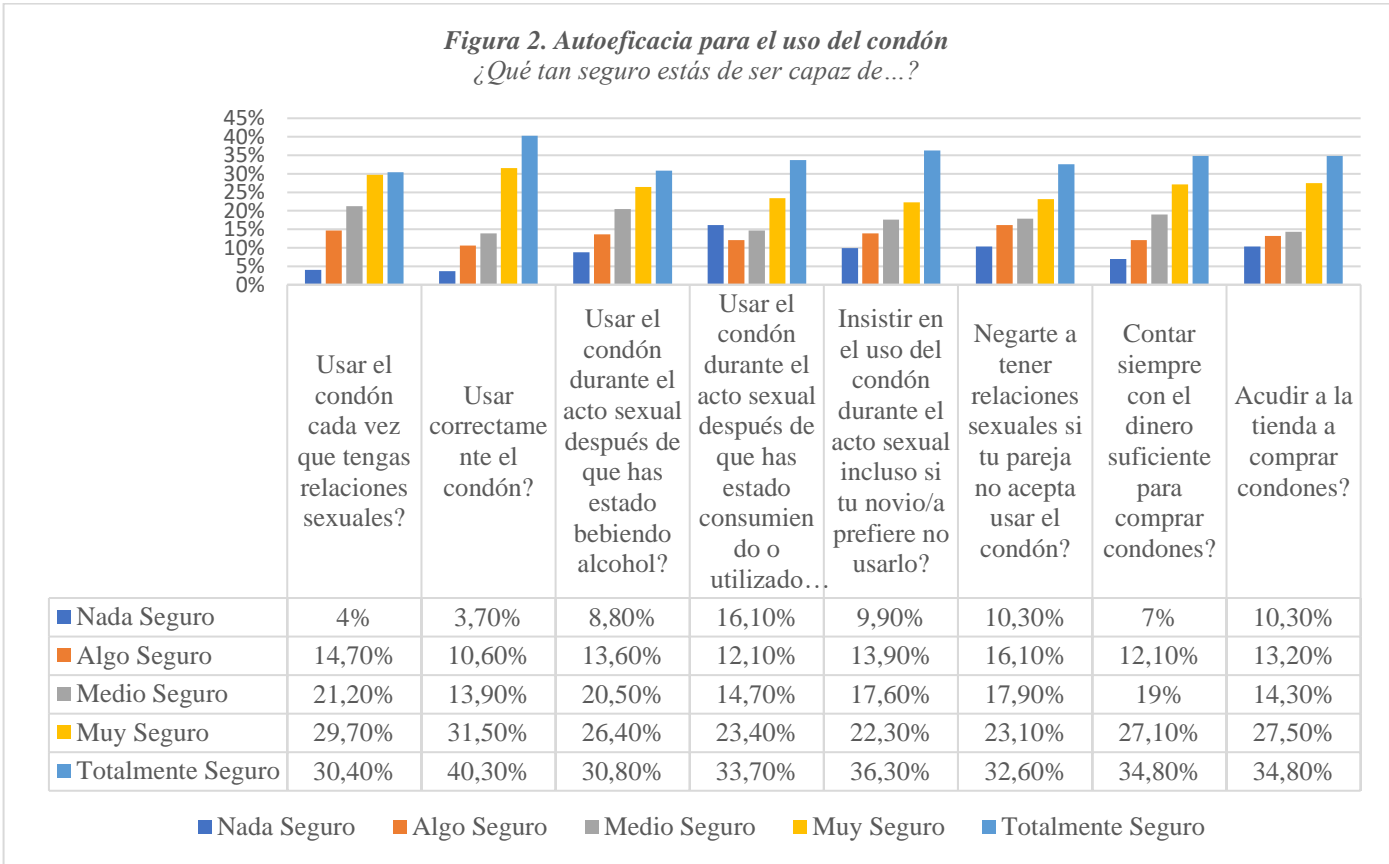
¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir No, cuando te propone tener relaciones sexuales ...?



De acuerdo a los resultados más relevantes obtenidos de la Autoeficacia para rechazar relaciones sexuales, los participantes capaces de decir “No”, a propuestas de relaciones sexuales, el 27.8% están totalmente seguros de decir no a alguien conocido hace 30 días o menos, así mismo el 28.6% están totalmente seguros de decir no a personas cuya historia sexual es desconocida, seguido del 32.2% que están totalmente de seguros de decir no a alguien que presione a tener relaciones sexuales, posteriormente el 31.5% están totalmente seguros de decir no a personas con quienes han estado usando drogas.

Por otra parte, al agrupar las escalas “*Nada seguro y Algo seguro*”, el 41.7% de los encuestados dicen no resistir las presiones ante la propuesta de tener relaciones sexuales cuando están muy excitados, el 39.9% cuando han estado consumiendo alcohol y el 39.5% cuando se trata de personas con las que ya han tenido relaciones sexuales (Figura1).

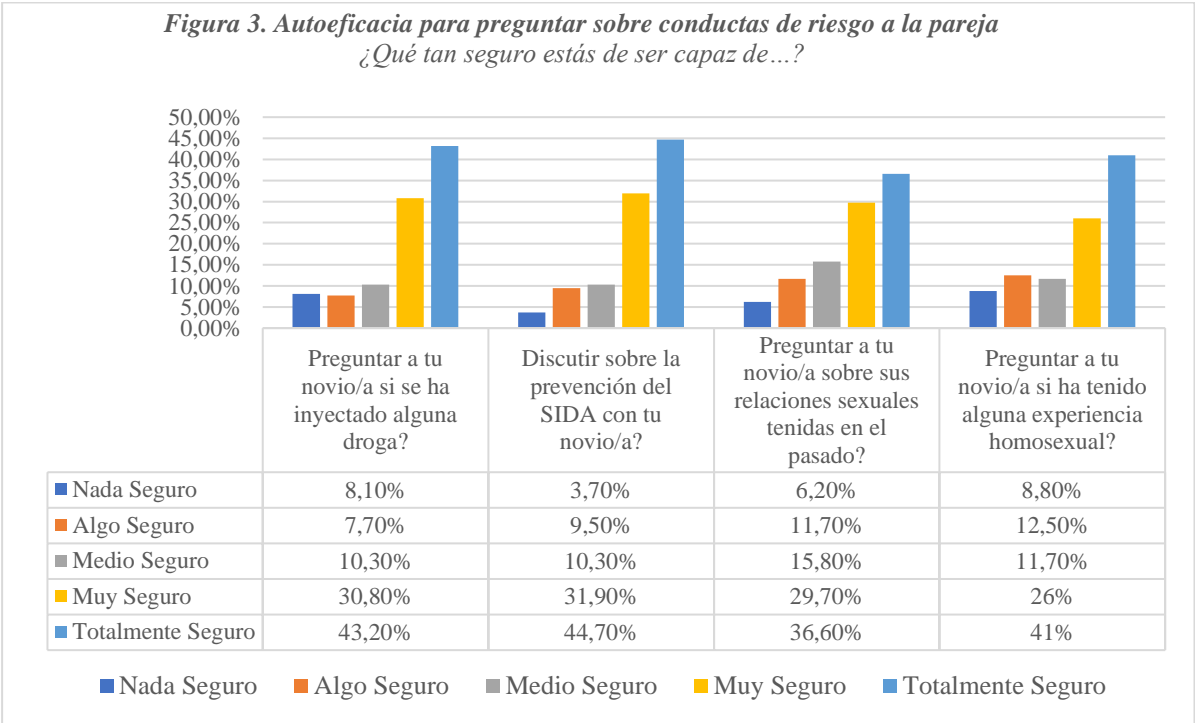
La Figura Nro. 1 analiza el comportamiento de la Autoeficacia para el uso del condón con la intención de caracterizar las prácticas sexuales de alto riesgo en la población universitaria, siendo la utilización del preservativo el comportamiento salutogénico más protector contra infecciones de transmisión sexual, abortos y embarazos no deseados.



De acuerdo a los resultados más relevantes obtenidos de la Autoeficacia para el uso del condón, solo 3 de cada 10 jóvenes se perciben con la capacidad para usar el condón siempre que tengan relaciones sexuales. Un 10.3% no se siente capaz de negociar el uso del condón ante la no preferencia de su pareja,

El 40.3% de los participantes están totalmente seguros de usar correctamente el condón en tanto un 18.7% no se percibe seguro de usarlo en cada actividad sexual. Un 36.3%, refiere estar totalmente seguros de insistir en el uso del condón durante el acto sexual, incluso si la pareja decide no usarlo. De un modo similar el 34.8% están totalmente de acuerdo en ser

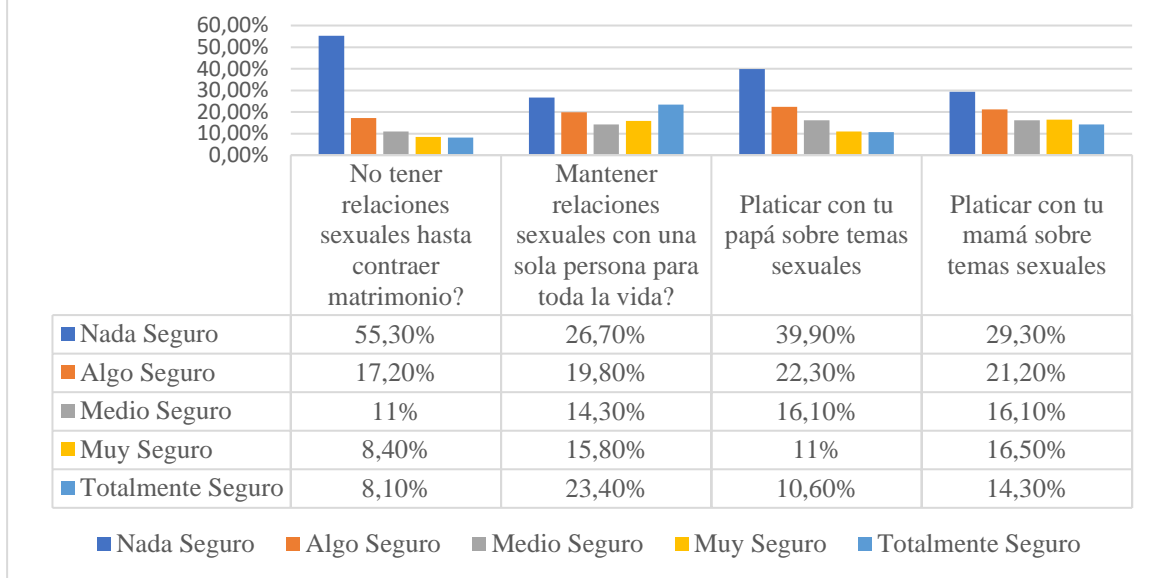
capaces de contar con dinero suficiente para los condones, como también acudir a la tienda para conseguir los mismos (Figura 2).



En cuanto a los resultados referentes a la Autoeficacia para preguntar sobre conductas de riesgo a la pareja, el 44.7% de los participantes están Totalmente Seguros en ser capaces de discutir sobre la prevención de SIDA con su pareja versus un 23.5% que no tienen certeza de poder hacerlo. De manera similar un 43.2% están Totalmente seguros de ser capaces de preguntar a la pareja si en alguna ocasión se ha inyectado alguna droga, mientras un 26.1% no se percibe con la posibilidad de enfrentar estos temas con sus parejas sexuales (Figura 3).

El 36.6% están totalmente seguros de ser capaces de preguntar a su pareja sobre las relaciones sexuales pasadas y una magnitud similar 33.7% no se sienten con esta capacidad; el 41% están totalmente seguros de ser capaces de preguntar a su pareja sobre experiencias homosexuales versus un 33% que se percibe inseguro ante esta posibilidad (Figura 3).

Figura 4. Autoeficacia para no mantener relaciones prematrimoniales, ser fiel a la pareja y platicar de sexo con los padres
¿Qué tan seguro estás de ser capaz de...?



En cuanto a los resultados obtenidos de la Autoeficacia para no mantener relaciones prematrimoniales, ser fiel a la pareja y platicar de sexo con los padres, el 72.5% de los participantes no están seguros de postergar las relaciones sexuales hasta el matrimonio. Solo el 11.6% de los jóvenes hablarían de temas sexuales con la figura paterna y un 30.8% con las madres. Finalmente, el 46.5% de los estudiantes universitarios no se perciben capaces de mantener relaciones con una sola pareja. Los datos anteriores avalan que el nivel de Autoeficacia de los participantes para no mantener relaciones prematrimoniales, ser fiel a la pareja y platicar de sexo con los padres, es significativamente bajo (Figura 4).

Tabla 4

Correlación entre Autoeficacia Sexual y Prácticas sexuales de riesgo.

	¿Ha tenido relaciones sexuales?	¿Utilizaste el condón en tu primera relación sexual?	¿A qué edad fue tu primera relación sexual?	Tu primera relación sexual fue:	¿Has tenido relaciones sexuales, bajo los efectos del alcohol u otras sustancias?	Número de personas con las que has tenido relaciones sexuales:	¿Utilizas condones en tus relaciones actuales?	Actualmente consumes alcohol u otras sustancias al mantener relaciones Sexuales.
Autoeficacia para rechazar relaciones sexuales	. ^b	-,144*	,169**	,024	,123*	-,198**	-,156*	,055
	.	,017	,005	,691	,043	,001	,010	,362
	273	273	273	273	273	273	273	273
Autoeficacia para el uso del condón	. ^b	-,289**	,181**	-,027	,047	-,136*	-,285**	,069
	.	,000	,003	,657	,438	,025	,000	,254
	273	273	273	273	273	273	273	273
Autoeficacia para preguntar sobre conductas de riesgo a la pareja	. ^b	-,020	-,004	-,007	,079	-,083	,036	,084
	.	,737	,941	,907	,195	,174	,559	,167
	273	273	273	273	273	273	273	273
Autoeficacia para no mantener relaciones prematrimoniales, ser fiel a la pareja y platicar de sexo con los padres	. ^b	-,083	,020	,048	,172**	-,167**	-,014	,030
	.	,169	,739	,425	,004	,006	,816	,626
	273	273	273	273	273	273	273	273

Nota: **. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

b. No se puede calcular porque, como mínimo, una de las variables es constante.

La determinación de asociaciones entre las prácticas sexuales y las dimensiones de la Autoeficacia informan la existencia de asociaciones significativas entre la Autoeficacia para el uso del condón, la edad de inicio de las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales, y el uso del condón. Se reporta una correlación positiva y débil entre esta dimensión y la edad de inicio de las relaciones sexuales ($r=.181$, $p=0.03$), lo que habla a favor de que los jóvenes con una mayor autoeficacia para el uso del condón, inician más tardíamente las relaciones sexuales. En relación al número de parejas sexuales la relación es inversa y débil para valores de ($r=-.136$, $p=.000$), por lo que el aumento de la Autoeficacia Sexual se relaciona a la disminución del número de parejas sexuales. Como resultado paradójico, aquellos con mayor Autoeficacia percibida para el uso del preservativo, lo emplean menos en sus primeras ($r=-.289$, $p=.000$) y actuales ($r=-.285$, $p=.000$) relaciones sexuales (Tabla 4).

Discusión

En base a los resultados obtenidos en la investigación, con una población de 273 estudiantes Universitarios, se ha identificado que el instrumento Self-Efficacy For Aids (SEA-27), muestra evidencias de confiabilidad moderada con un $\alpha=0.66$, resultado que se diferencia del expuesto por López-Rosales & Moral-De La Rubia, (2001) ya que en su investigación “Validación de un escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes” el instrumento (SEA-27), presenta un $\alpha=0.89$, siendo este más elevado que el identificado en la investigación, sin embargo existe una adecuada interrelación entre las dimensiones que componen el instrumento, a más de ello se obtuvieron las correlaciones esperadas que demuestran la convergencia entre el constructo Autoeficacia General y Autoeficacia Sexual y avalan la validez del constructo.

En cuanto a las prácticas sexuales de riesgo identificadas en la investigación, se reportó que la edad de inicio de la primera relación sexual, fue de entre los 16 a 19 años, resultado que se relaciona con la investigación de Robles & Espinel (2017) que indistintamente del género, la edad de inicio de las relaciones sexuales se encuentra en un rango de entre 17 y 18 años, así mismo con la investigación de Guerra-Rodríguez et al., (2019) que afirma que el rango de edad de inicio de las prácticas sexuales se da aproximadamente a los 16 años.

Por otra parte, de acuerdo la planificación de la primera relación sexual, se identificó que fue algo no planeado, información que se aproxima a los resultados de la

investigación de Lumbreras et al., (2009) en donde el 59%, no planificó su primera relación sexual.

En cuanto a las relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol u otras sustancias, el 53.8% respondió que, "SI", asemejándose con los resultados obtenidos en algunas investigaciones como la de Garcia-Vega et al., (2012) que afirma que el 33.3%, de los participantes han tenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol, en donde no se usó condón; y de la investigación de Saeteros et al., (2015) en donde se identifica que el 34.3% admitieron haber mantenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y el 41.9% bajo los efectos de distintas drogas.

Por otro lado, de acuerdo con los resultados obtenidos de la Autoeficacia sexual, se ha identificado que, el mayor número de participantes presentan mayor autoeficacia sexual para rechazar relaciones sexuales y la autoeficacia para el uso del condón. en cambio, se ha identificado niveles bajos de autoeficacia para preguntar sobre conductas de riesgo a la pareja, y la autoeficacia para no mantener relaciones prematrimoniales, ser fiel a la pareja y platicar de sexo con los padres. Dichos resultados son similares en la investigación de Guerra-Rodríguez et al., (2019), en donde los participantes presentaron mayor autoeficacia para decir no a las relaciones sexuales y autoeficacia para el uso del condón, mientras que, en cuanto autoeficacia para preguntar sobre conductas de riesgo a la pareja, y la autoeficacia para no mantener relaciones prematrimoniales, ser fiel a la pareja y platicar de sexo con los padres, presentaron menor autoeficacia.

En otra investigación reportada por Osorio-Leyva et al., (2017) se identificó que los participantes presentaron niveles altos de autoeficacia en rechazar las relaciones sexuales, el uso de condón, preguntar sobre condutas de riesgo a la pareja y no mantener relaciones prematrimoniales, ser fiel a la pareja y platicar de sexo con los padres, resultados que son parcialmente similares a los identificados en la investigación.

Lo hallazgos más relevante dentro de la investigación, han permitido determinar el nivel de Autoeficacia sexual como un posible factor predictor de las prácticas sexuales de riesgo ya que, la correlación existente entre la autoeficacia sexual y las prácticas sexuales de riesgo, determinan que, a mayor autoeficacia para rechazar relaciones sexuales, mayor será la edad de inicio de la primera relación sexual. Así mismo se ha identificado que a mayor autoeficacia para el uso del condón mayor será la edad de inicio de la primera relación sexual.

Finalmente, el trabajo de investigación concluye que, la autoeficacia sexual puede ser tomada en cuenta como un factor psicológico importante en la predicción o identificación de prácticas sexuales de riesgo, para que así en futuras investigaciones en distintas poblaciones Ecuatorianas, en muestras con mayor número de participantes y la asociación de más variables, se pueda comprobar la importancia de la Autoeficacia en la salud sexual, ya que no existen muchas investigaciones en la población ecuatoriana que validen esta importancia, para que así en un futuro próximo las investigaciones relacionadas con la salud sexual, sirvan de base para la promoción de la misma, teniendo en cuenta la Autoeficacia sexual como una variable a potenciar para disminuir las prácticas sexuales de riesgo y sus consecuencias.

Referencias

- Alfonso, F. L., & Figueroa Pérez, L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano Risky sexual behaviors in adolescents from the Cuban context. *Ciencias Medicas de Pinar Del Río*, 21(2), 193–301. <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v21n2/rpr20217.pdf>
- Ana Fernanda Uribe Rodríguez, P. D., & Linda Teresa Orcasita Pineda, P. (2009). *Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia Risk Sexual-Behaviors among College Students from Cali, Colombia Des conduites sexuelles à risque chez étudiants universitaires à Cali, en Colombie*. <http://revistavirtual.ucn.edu.co/>,
- Badillo-Viloria, M., Sánchez, X. M., Vásquez, M. B., & Díaz-Pérez, A. (2020). Risky sexual behaviors and associated factors among university students in Barranquilla, Colombia, 2019. *Enfermeria Global*, 19(3), 422–449. <https://doi.org/10.6018/eglobal.412161>
- Ballester, R., Gil-Llario, M. D., Ruiz-Palomino, E., & Giménez-García, C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del sida: La influencia del género. *Anales de Psicología*, 29(1), 76–82. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.124601>
- Bueno-Pacheco, A., Lima-Castro, S., Peña-Contreras, E., Cedillo-Quizhpe, C., & Aguilar-Sizer, M. (2018). Spanish adaptation of the general self-efficacy scale for use in ecuadorian context. *Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluacion Psicologica*, 3(48), 5–17. <https://doi.org/10.21865/RIDEP48.3.01>
- Carmen, R. Del, Hernández, S., & Piñero, J. P. (2015). Conducta de riesgo y problemas sexuales y reproductivos de estudiantes universitarios ecuatorianos Risk behavior and sexual and reproductive problems in ecuadorian college students. *Humanidades Médicas*, 15(3), 421–439.
- Cataño, C. R. (2016). Conductas de riesgo sexual y reproductivo en estudiantes universitarios en Huancayo. *Apuntes de Ciencia & Sociedad*, 6(1), 74–79. <http://journals.continental.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/380>
- Delgado, J. R. P. (2015). Psychometric estimation of a self-efficacy scale to avoid risk behaviors in Mexican adolescents. *Psychosocial Intervention*, 24(1), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2014.11.004>

- Elena, M., Heredia, R., Martínez, M., González, F., Anahí, M., & García, S. (2016). Autoeficacia, participación social y percepción de los servicios universitarios según el sexo. *Revista de Psicología*, 25(2), 1–16. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2016.44842>
- Espada, J. P., González, M. T., Orgilés, M., Carballo, J. L., & Piqueras, J. A. (2012). Validación de la Escala de Autoeficacia General con adolescentes españoles. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(1), 355–370. <https://doi.org/10.25115/ejrep.v10i26.1504>
- Fernández, A. V. (2009). Autoeficacia Acercamientos Y Definiciones -- Self-Efficacy Approaches and Definitions. *Psicogente*, 12(21), 231–235. <https://doi.org/10.17081/psico.12.21.1120>
- Fernández Cáceres, C., Rodríguez Kuri, S., Pérez Islas, V., & Córdova Alcaráz, A. (2016). Artículo Original Prácticas sexuales de riesgo y su relación con el consumo de alcohol y otras drogas en estudiantes de educación media y superior Sexual high risk practices associated with drug and alcohol use in Resumen. *Revista Médica de La Universidad Veracruzana*, 16(1), 19–30. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70771>
- Folch, C., Álvarez, J. L., Casabona, J., Brotons, M., & Castellsagué, X. (2015). Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Revista Española de Salud Pública*, 89(5), 471–485. <https://doi.org/10.4321/s1135-57272015000500005>
- García-Vega, E., Robledo, E. M., García, P. F., & Izquierdo, M. C. (2012). Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 79–87. <https://doi.org/10.21500/20112084.764>
- García, C., Calvo, F., Carbonell, X., & Giralt, C. (2017). Binge drinking and risk sexual behavior among college students. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 17(1), 63–71. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85013041510&partnerID=40&md5=1b4c56a5a13e9054f67c1d0921b510fb>
- Girardi, P., Pardo, R., Rivas, V., Trueba, A. ;, Mur, D. A. ;, Andrés, J., & Vargas, P. (2018). AUTOEFICACIA: UNA REVISIÓN APLICADA A DIVERSAS ÁREAS DE LA PSICOLOGÍA SELF-EFFICACY: A REVIEW APPLIED TO

DIVERSE AREAS OF PSYCHOLOGY AUTO-EFICÁCIA: UMA REVISÃO APLICADA EM DIVERSAS ÁREAS DA PSICOLOGIA. *Scielo*, 16, 299–325. http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v16n2/v16n2_a04.pdf

Grimaldo, M. P. (2005). Propiedades psicométricas de la escala de autoeficacia general de Baessler & Schwarzer. *Cultura*, 19(19), 213–229. https://www.redib.org/recursos/Record/oai_articulo191296-propiedades-psicométricas-escala-autoeficacia-general-baessler--schwarzer

Guerrero Alcedo, J. M. (2014). Bienestar psicológico y comportamiento sexual de protección en adolescentes. *Poiésis*, 1(27). <https://doi.org/10.21501/16920945.1139>

Huitzil Ascención, A. L., Landeros Olvera, E., Benavides Torres, R., Linares Fleites, G., Villa Rueda, A., & Morales Rodríguez, C. (2017). Construct validation and reliability of self-efficacy to the condom use scale on college Mexican students. *Acta Universitaria*, 26(6), 44–52. <https://doi.org/10.15174/au.2016.1292>

López-Rosales, F., & Moral-De La Rubia, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Publica de Mexico*, 43(5), 421–432. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342001000500006>

Lumbreras, I., Moctezuma, M. G., Dosamantes, L., Medina, M., Cervantes, M., López, M. del R., & Méndez, P. (2009). Estilo de vida y riesgos para la salud en estudiantes universitarios: hallazgos para la prevención. *Revista Digital Universitaria*, 10(2), 1067–6079. <http://www.revista.unam.mx/vol.10/num2/art12/art12.pdf>

Medina, C. O., & Medina, E. U. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, 13(1), 9–15. <https://doi.org/10.4067/s0717-95532007000100002>

Nascimento, S., Spindola, T., Reicherte, A., Ramos, D. A., Costa, R. S., & Teixeira, R. S. (2018). El comportamiento sexual de jóvenes universitarios y el cuidado de la salud sexual y reproductiva. *Enfermería Global*, 79, 237–247. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.1.261411>

Orcasita, L., Mosquera Gil, J., & Carrillo González, T. (2018). Autoconceito, autoeficácia e condutas sexuais de risco em adolescentes Self-concept, self-efficacy and risky sexual behavior in adolescents. *Informes Psicológicos*, 18(2), 141–168.

<https://doi.org/10.18566/infpsic.v18n2a08>

Original, A. (2019). <http://dx.doi.org/10.30681/252610103843> ARTIGO ORIGINAL. 4(2), 104–117.

Osorio Leyva, A., Álvarez Aguirre, A., Hernández Rodríguez, V. M., Sánchez Perales, M., & Muñoz Alonso, L. del R. (2017). Relación entre asertividad sexual y autoeficacia para prevenir el VIH/SIDA en jóvenes universitarios del área de la salud. *RIDE Revista Iberoamericana Para La Investigación y El Desarrollo Educativo*, 7(14). <https://doi.org/10.23913/ride.v7i14.264>

Palacios-Delgado, J. R., & Ortego-García, N. (2020). Differences in Sexual Negotiation Styles and Sexual Self-Efficacy in Use of Condom in University Men and Woman of Queretaro, Mexico, 2018. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 71(1), 9–20. <https://doi.org/10.18597/rcog.3327>

Pérez-Jiménez, D., Santiago-Rivas, M., & Serrano-García, I. (2009). [Sexual Behavior and Self-Efficacy for the Negotiation of Safer Sex in Heterosexual Persons.]. *Revista Interamericana de Psicología = Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), 414–424. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22837585> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3403820>

Rafael, U., Chacín, B., Virla, M. Q., & De, G. (2010). Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. *Telos. Revista de Estudios Interdisciplinarios En Ciencias Sociales*, 12(2), 248–252.

Ramiro, M. T., Bermúdez, M. P., Sierra, J. C., & Buela-Casal, G. (2013). Predicting the kind of sexual experience in terms of sociodemographic and psychological variables in Panamanians adolescents. *Terapia Psicológica*, 31(2), 175–186. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082013000200004>

Robles, J., & Espinel, J. (2017). Riesgo sexual y nivel de popularidad en estudiantes universitarios del Ecuador. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 152–161.

Romero Hugo Grisales, Castaño Guillermo, Colorado Leydy Johana, R. J. D. (2011). De Riesgo En Estudiantes De Colegios. *Revista de Investigaciones Andinas*, 16(29), 15.

- Suárez, P. S., M^a, A., García, P., & Moreno, B. (2000). *Escala de autoeficacia general : datos psicométricos de la adaptación para población española*. 12, 509–513.
- Uribe Alvarado, J. I., Bahamón, M. J., Ruíz, L. R., Herrera, A. M. T., & Alarcón-Vásquez, Y. (2017). Percepção de autoeficácia, assertividade sexual e uso do preservativo em jovens Colombianos. *Acta Colombiana de Psicologia*, 20(1), 212–220. <https://doi.org/10.14718/ACP.2017.20.1.10>
- Uribe Rodríguez, A. F., Castellanos Barreto, J., & Cabán Huertas, M. (2016). Conductas sexuales de riesgo y comunicación sobre sexualidad entre padres e hijos universitarios. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 8(2), 27–48. <https://doi.org/10.17533/udea.rpsua.v8n2a03>