Capítulo 4

Conocimiento sobre ITS, VIH/Sida y autoeficacia para el uso del condón en mujeres indígenas de Nayarit, México

MCE. Iliana Patricia Vega-Campos[1]
Dra. Lubia del Carmen Castillo-Arcos[2]
MCE. Pedro Moisés Noh-Moo[3]
Dra. Lucely Maas-Góngora[4]

https://doi.org/10.61728/AE24001755

[1] Universidad Autónoma de Nayarit, Facultad de Enfermería. https://orcid.org/0000-0003-3602-0639, iliana.vega@uan.edu.mx
[2] Universidad Autónoma del Carmen, Facultad de Ciencias de la Salud. https://orcid.org/0000-0002-4368-4735, lcastillo@pampano.unacar.mx
[3] Universidad Autónoma del Carmen, Facultad de Ciencias de la Salud. https://orcid.org/0000-0003-1580-5533, moises_3192@hotmail.com
[4] Universidad Autónoma del Carmen, Facultad de Ciencias de la Salud. https://orcid.org/0000-0001-8081-9830, Imaas@pampano.unacar.mx

Resumen

En las comunidades indígenas existe una falta de equidad entre los géneros, donde la mujer es vulnerada, pues es considerada el sexo débil, debido a los usos y costumbres de los pueblos indígenas. Por lo que surge la necesidad de conocer la relación entre el conocimiento sobre ITS, VIH/Sida y la autoeficacia para el uso del condón en mujeres universitarias indígenas del oeste de México, a través de un estudio con diseño correlacional de corte transversal, en una muestra de 86 mujeres indígenas con edades entre 18 y 26 años, mediante una Ficha de Datos Personales (FDP) y dos cuestionarios; el primero aborda conocimientos sobre ITS, VIH/Sida y el segundo sobre la autoeficacia para el uso del condón. Los resultados indican que el promedio de edad fue de 21.4 años (DE = 1.8), con inicio de vida sexual a la edad de 20 años (DE = 3.1). En relación con el conocimiento sobre ITS, VIH/Sida, más de la mitad de las participantes contestaron incorrectamente. Tres cuartas partes de la muestra mostraron desconocimiento en el manejo y cuidado de los preservativos. Finalmente, para conocer la relación entre el conocimiento y la autoeficacia para el uso del condón se realizó análisis de correlación de *Spearman*, no se identificó relación entre las variables ($p > .05$). De tal manera que es importante identificar las condiciones culturales de cada comunidad para poder diseñar estrategias de prevención apropiadas a su cultura, considerando los usos, costumbres, significados, valores y prácticas que tienen las mujeres sobre la sexualidad.

Palabras Claves: Mujeres, Indígenas, ITS, VIH/Sida, Autoeficacia.

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan un grave problema de salud pública en el mundo, dentro de ellas se encuentra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que ha cobrado aproximadamente 40.4 millones de vidas. Su transmisión persiste en todos los países y en algunos de ellos las nuevas infecciones han ido en aumentando de manera acelera-

da, cuando antes estaban en descenso. Este aumento ha sido muy notorio a pesar de los esfuerzos que ha realizado el personal de salud y diversos organismos gubernamentales (OMS, 2023).

En 2022 fallecieron 630 000 personas por complicaciones relacionadas con el VIH, y se considera que 1.3 millones de personas contrajeron el virus. De las personas que viven con el VIH, el 86 % conocía su condición, el 76 % estaba recibiendo tratamiento antirretroviral y el 71 % había logrado suprimir la carga vírica. No existe aún cura para la infección por el VIH, a pesar de los esfuerzos realizados, por lo que el acceso a la prevención de las ITS, el diagnóstico oportuno, el tratamiento eficaz y la atención adecuada del VIH y de las infecciones oportunistas se vuelven una prioridad en la agenda de salud. La infección por el VIH se ha convertido en un problema de salud crónico tratable que ha permitido que las personas que han contraído el virus y reciben atención y tratamiento oportuno puedan vivir muchos años con buena salud (OMS, 2023).

Un grupo de población que es vulnerable al contagio del VIH es el indígena. Esto se debe a la invisibilidad de este grupo respecto al VIH. Existen diversos factores que los colocan en riesgo, dentro de ellos se encuentra: no tomar en cuenta a los pueblos indígenas como un grupo con características propias; las mujeres por su género son más vulnerables; los estereotipos sociales que los afectan, considerando desde la perspectiva de quiénes son y cómo viven, por tanto, el VIH no es una amenaza para ellos; la creencia de que todas y todos son heterosexuales y no existe la homosexualidad entre ellos; las prácticas racistas y discriminatorias deben ser consideradas en los programas de salud para evitar que se empleen en esta población (Ponce et al., 2017).

En este sentido, se considera que en las comunidades indígenas existe una falta de equidad entre los géneros, donde la mujer es vulnerada siendo considerada el sexo débil, debido a los usos y costumbres de los pueblos indígenas donde se discrimina, margina y subordina a las mujeres, quienes viven en forma constante los efectos de la dominación masculina que se combina con los comportamientos de género tradicionales de cada comunidad (Karver et al. 2016). Esto se refleja en los matrimonios y la maternidad forzada a edad temprana, la falta de oportunidad para educarse, rol de ama casa y mamá, la violencia familiar y comunitaria, las prácticas

sexuales de riesgo de sus parejas donde ellas se encierran en una falsa seguridad de monogamia, el pobre empoderamiento de sus derechos sexuales y reproductivos, la violencia psicológica, verbal, física y sexual que sufren, como lo muestran diversos estudios realizados en México (Nuñez y Ponce, 2015).

Aunado a lo anterior, la falta de conocimiento sobre las ITS como el VIH/Sida, coloca a las mujeres indígenas en una situación más vulnerable, ya que se vuelve un factor importante para practicar conductas sexuales de riesgo y por ende infectarse con el VIH. La mujer indígena ha sido duramente relegada para recibir información que las ayude a evitar conductas de riesgo debido a la marginación de género que le ha tocado vivir (Juárez-Moreno et al., 2021). Así mismo, la falta del desarrollo de autoeficacia para negociar el uso del condón representa un gran desafío en este grupo de población, debido a la cultura que marca el actuar de la mujer, esta se siente incapaz para pedir a su pareja su uso (Gala et al., 2007; Ramírez, 2011; Meneses-Tirado et al., 2018). Por tal motivo se planteó como propósito del estudio conocer la relación entre el conocimiento sobre ITS, VIH/Sida y la autoeficacia para el uso del condón en mujeres indígenas del oeste de México.

Método

El diseño del estudio fue observacional cuantitativo de corte transversal, descriptivo correlacional (Grove y Gray, 2019). La población del estudio estuvo conformada por mujeres indígenas del oeste de México. El tipo de muestreo fue no probabilístico a conveniencia considerando únicamente a mujeres indígenas universitarias (pertenecientes al grupo étnico Wixárica o Huicholes), con edades entre 18 y 27 años, obteniendo una muestra final de 86 participantes.

Para la medición de las variables de estudio se utilizó una Ficha de Datos Personales (FDP) y dos cuestionarios, el primero aborda conocimientos sobre ITS, VIH/Sida y el segundo sobre la autoeficacia para el uso del condón. La FDP recabó información personal de las mujeres indígenas respecto a la edad, etnia, estado civil, edad de inicio de vida sexual, y relación sentimental actualmente.

El conocimiento sobre ITS/VIH-sida fue evaluado a través del cuestionario sobre ITS/VIH-sida de Jemmott et al. (1992), el cual está compuesto por 48 ítems que examinan los medios de transmisión, prevención (uso de condón) y detección de las ITS, VIH/Sida. Cada reactivo tiene opción de respuesta verdadero, no sé y falso. Un ejemplo de enunciado es: "Una persona puede tener el virus del SIDA y contagiar a otras personas, aunque no parezca enfermo". Las respuestas correctas tienen valor de un punto y las incorrectas (falsas o desconocidas) un cero. Existen reactivos invertidos, por ejemplo, la respuesta correcta para los reactivos 1, 2, 4, 9, 17, 18, 22 y 24 es falso, de tal manera que se invertirá el puntaje en dichos ítems. Los puntajes se obtienen sumando el total de ítems, por lo que mayor puntuación mayor conocimiento. El instrumento en población mexicana ha presentado una consistencia interna aceptable de 0.71 (Zapoteco-Flores, 2014). Para el presente reporto una confiabilidad de $\alpha = .82$.

La autoeficacia para el uso del condón se midió a través de 14 ítems de la escala de autoeficacia para el uso del condón (Thato et al., 2005). La escala está dividida en tres subescalas; uso consistente, uso correcto y comunicación para usar el condón. Un ejemplo de ítems es: "Puedo hablar sobre el uso de condones con cualquier pareja sexual". Cada ítem se responde a través de una escala tipo Likert que va de 1 = muy inseguro a 5 = muy seguro. La puntuación del instrumento oscila entre 14 y 70, lo que indica que mayores puntajes mayores niveles de autoeficacia para usar el condón. La escala original fue diseñada en inglés, sin embargo, ha sido traducida a otros idiomas, como el coreano y tailandés, y aplicado en jóvenes, en donde han mostrado una confiabilidad aceptable que oscila entre .85 a .91 (Thato et al., 2005). La escala también ha sido validada en jóvenes latinos habla hispanos obteniendo un Alfa de Cronbach de .85 (Sousa et al. 2017). Para el presente estudio se obtuvo un Alfa de Cronbach de $\alpha = .90$.

El procedimiento de colecta de datos, en primer término, se contó con la aprobación de las comisiones de Ética y de Investigación de la Institución Educativa Superior donde se efectuó la investigación. Además, se solicitó autorización por escrito a los directivos del plantel donde se realizó el estudio. Posteriormente, en las principales redes sociales de la escuela se invitó a participar en el estudio, además se colocaron carteles afuera de las aulas de clases. Adicionalmente, se solicitó apoyo a las jóvenes que decidie-

ron participar voluntariamente para ubicar otras participantes. Se solicitó el consentimiento informado de las mujeres indígenas que aceptaron participar voluntariamente, donde se les explicó el propósito del estudio y el tiempo de llenado de la encuesta.

Una vez obtenida la autorización de las participantes, se acudió el día señalado para la aplicación del instrumento en el horario y aula señalado por las autoridades educativas, se informó cómo manejar el cuestionario y se motivó a contestar con sinceridad enfatizando que no había respuestas buenas o malas. El instrumento fue aplicado por los autores del estudio que permanecieron en el sitio designado para aclarar cualquier duda mientras las participantes contestaban. Cada participante contestó el cuestionario y se resguardaron a fin de que no permanecieran a la vista de ninguna persona extraña al estudio. Se garantizó la confidencialidad de los datos recolectados como lo estipula el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 2014), puntualizando en la participación voluntaria, y sin ninguna repercusión académica hacia las participantes.

Los datos fueron procesados a través del programa estadístico Statical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.0 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias y porcentajes; además, con base a la prueba Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors se determinó que los datos no presentaron normalidad, ejecutando el análisis de coeficiente de correlación de Spearman para conocer la relación entre el conocimiento para ITS, VIH/Sida y la autoeficacia para el uso del condón.

Resultados

En cuanto al perfil sociodemográfico de la muestra, las participantes tenían en promedio 21.4 años (DE = 1.8) de edad, cabe mencionar que el 70.9 % de las mujeres indígenas reportaron estar solteras (Tabla 1), el 31.4 % tiene una relación de noviazgo y mencionaron iniciar vida sexual a la edad de 20 años (DE = 3.1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.

Variable	*f*	%
Estado Civil		
Soltero	61	70.9
Casado	19	22.1
Unión libre	6	7.0
Edad		
18-20	21	24.4
21-22	51	59.3
23-24	10	11.7
25-27	4	4.6

Nota: f = Frecuencia, % = Porcentaje n = 86

En relación con el conocimiento sobre ITS, VIH/Sida, la tabla 2 muestra que más de la mitad de las participantes contestaron incorrectamente en los ítems referente a las ITS (ítem 1 al 11). Aunque una afirmación a destacar es que el 95 % de las jóvenes determinan que una llaga en el pene o vagina no es un síntoma común para ITS, mientras que el 80.2 % respondió que una mujer que tiene una ITS no puede contraer una infección en el útero y las trompas (ver tabla 2).

Tabla 2. Frecuencias y porcentajes sobre conocimientos sobre ITS.

Ítems	Correcto		Incorrecto	
	f	%	*f*	%
1. Un síntoma común de las ITS en un hombre es la secreción (goteo) del pene	11	12.8	75	87.2
2. Un síntoma común de las ITS es ardor al orinar.	11	12.8	75	87.2
3. Un síntoma común de las ITS es una llaga en el pene o la vagina.	4	4.7	82	95.3
4. Un síntoma común de las ITS en una mujer es la secreción vaginal que causa picazón o ardor.	27	31.4	59	68.6
5. Si te sientes sano no tienes una ITS.	75	87.2	11	12.8
6. Una mujer que tiene una ITS puede contraer una infección en el útero y las trompas.	17	19.8	69	80.2
7. Una mujer embarazada que tiene una ITS se la puede contagiar a su bebé.	77	89.5	9	10.5
8. Existen medicamentos para curar todo tipo de ITS.	22	25.6	64	74.4
9. Usar condón cuando tengas relaciones sexuales te ayudará a protegerte contra las ITS.	12	14.0	74	86
10. El contacto con el asiento del inodoro sucio es una causa común de enfermedades de transmisión sexual.	72	83.7	14	16.3
11. Si tienes una ITS, tu pareja sexual probablemente también la tenga.	0	0	86	100

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 85

En cuanto al conocimiento sobre el VIH y sida, el 100 % de los adolescentes respondieron correctamente al ítem 16, 17 y 22, además más de la mitad de las participantes contestaron correctamente los ítems 13, 14, 19, 20, 29, 30 , 39, 41 y 42. Mientras que en los ítems 11, 15, 18, 21, 23-28, 31-38, 40 y 43-48 (ver tabla 3) la gran mayoría de los adolescentes demuestran desconocimiento sobre conductas de riesgos que pueden derivar a la

adquisición de contraer VIH-sida, por ejemplo, el 87.2 % de las jóvenes contesto de manera incorrecta el ítem 16 el cual enfatiza que tener relaciones sexuales anales (por recto) con un hombre aumenta la posibilidad de adquirir sida.

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes sobre conocimientos sobre VIH/Sida.

Ítems	**Incorrecto**		**Correcto**	
	f	%	*f*	%
12. El SIDA es una afección médica en la que el cuerpo no puede combatir las enfermedades.	13	15.1	73	84.9
13. El estrés causa el SIDA.	77	89.5	9	10.5
14. Si besas a alguien con SIDA contraerás la enfermedad.	75	87.2	11	12.8
15. Todos los homosexuales tienen SIDA.	0	0	86	100
16. Cualquiera puede contraer SIDA.	2	2.3	84	97.7
17. El SIDA no es nada grave, es como tener un resfriado.	86	100	0	0
18. Se desconoce la causa del SIDA.	15	17.4	71	82.6
19. El simple hecho de estar cerca de alguien con SIDA puede contagiarte la enfermedad.	74	86.0	12	14.0
20. Usar condón durante las relaciones sexuales puede reducir el riesgo de contraer SIDA.	72	83.7	14	16.3
21. Recibir una transfusión de sangre con sangre infectada puede contagiar a una persona el SIDA.	0	0	86	100
22. Tener SIDA te hace más propenso a contraer otras enfermedades.	86	100	0	0
23. Todas las mujeres homosexuales tienen SIDA.	18	20.9	68	79.1
24. Puedo evitar contraer SIDA haciendo ejercicio con regularidad.	14	16.3	72	83.7
25. El SIDA se puede curar si se trata a tiempo.	6	7.0	80	93.0
26. Una persona puede tener el virus del SIDA y contagiar a otras personas, aunque no parezca enfermo.	11	12.8	75	87.2
27. Solo los homosexuales y las personas que se inyectan drogas contraen el SIDA.	3	3.5	83	96.5
28. El SIDA no es un problema entre los negros y los hispanos.	37	43.0	49	57.0

Ítems	Incorrecto		Correcto	
	f	%	*f*	%
29. Los condones son 100 % efectivos contra el SIDA.	75	87.2	11	12.8
30. Tener relaciones sexuales con un hombre que se inyecta drogas es una forma en que muchas mujeres contraen el SIDA.	75	87.2	11	12.8
31. Hay más posibilidades de contraer SIDA si tienes relaciones sexuales con muchas personas.	28	32.6	58	67.4
32. Hay mayores posibilidades de que una mujer contraiga SIDA si tiene relaciones sexuales con un hombre que tiene relaciones sexuales con muchas otras mujeres.	0	0	86	100
33. Tener sexo anal con un chico (es decir, su pene en tu ano/detrás) aumenta tus posibilidades de contraer SIDA.	2	2.3	84	97.7
34. Usar vaselina como lubricante durante las relaciones sexuales reduce las posibilidades de contraer SIDA.	44	51.2	42	48.8
35. Usar un espermicida (espuma o jalea anticonceptiva que contenga nonoxinol-9) cuando se tienen relaciones sexuales reduce las posibilidades de contraer SIDA.	2	2.3	84	97.7
36. Hacerle sexo oral a un chico (tu boca en su pene) aumenta tus posibilidades de contraer SIDA.	13	15.1	73	84.9
37. Puedes contraer SIDA como te resfrías porque el virus del SIDA puede transportarse por el aire.	12	14.0	74	86.0
38. No puedes contraer SIDA por sexo si tienes relaciones sexuales con una sola persona durante toda tu vida.	17	19.8	69	80.2
39. Hay muchas posibilidades de que usted contraiga SIDA si comparte el lavabo, la ducha o el asiento del inodoro con alguien que tiene SIDA.	77	89.5	9	10.5
40. Hay muchas posibilidades de que contraigas SIDA si bebes del mismo vaso o comes del mismo plato que alguien que tiene SIDA.	11	12.8	75	87.2
41. El virus del SIDA está presente en ciertos fluidos corporales, principalmente semen y sangre.	77	89.5	9	10.5
42. No es probable que las personas infectadas con el virus del SIDA mediante inyecciones de drogas transmitan el virus a sus parejas sexuales a menos que estas también se inyecten drogas.	71	82.6	15	17.4

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 85

Respecto al conocimiento sobre el uso del condón, el 55.3 % de las mujeres universitarias respondieron correctamente que el pene debe de estar erecto (duro) cuando se pone el condón (ítem 43), y el 84 % contesto de manera incorrecta cuando se pone el condón en el pene se debe dejar un espacio en la punta de condón (ítem 44). Mientras que en los ítems 46, 47 y 48 (ver tabla 4) las tres cuartas partes de la muestra mostraron desconocimiento en el manejo y cuidado de los preservativos.

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes sobre conocimientos sobre el uso del condón.

Ítems	Incorrecto		Correcto	
	f	%	*f*	%
43. El pene debe estar erecto cuando se le coloca el condón.	28	32.6	58	67.4
44. Cuando se coloca un condón en el pene, se debe dejar espacio en la punta del condón.	2	2.3	84	97.7
45. El condón debe estar completamente desenrollado antes de colocarlo sobre el pene.	42	48.8	44	51.2
46. Los condones se pueden reutilizar.	48	55.8	38	44.2
47. Para quitarse un condón después de tener relaciones sexuales, agarre la punta y retírelo con suavidad, pero rapidez.	4	4.7	82	95.3
48. Guardar o transportar condones en un lugar cálido puede destruir su eficacia.	11	12.8	75	87.2

Nota: f = frecuencia, % = porcentaje, n = 85

En cuanto a la autoeficacia para el uso del condón durante las relaciones sexuales, las jóvenes obtuvieron un puntaje de 69.4 (DE = 24.1), lo cual indica que la gran mayoría de las jóvenes tienen confianza para usar el condón. En la tabla 5 se observa que casi las tres cuartas partes de la muestra se sienten seguro para hablar acercar del uso del condón con su pareja al momento de efectuar las relaciones sexuales.

Tabla 5. Frecuencias y porcentajes sobre autoeficacia para el uso del condón.

Ítems	Inseguro		Seguro	
	f	%	*f*	%
1. Puedo hablar sobre el uso de condones con cualquier pareja sexual.	16	18.6	70	81.4
2. Puedo hablar sobre el uso del condón con mi pareja sí creo desconocer qué opiniónтiene acerca del mismo.	21	24.5	65	75.6
3. Puedo hablar sobre el uso del condón con una posible pareja sexual antes de queempecemos a abrazarnos y besarnos.	37	43.0	49	57.0
4. Puedo hablar sobre el uso del condón cuando tenemos relaciones sexuales.	8	9.3	78	89.8
5. Puedo decirle a mi pareja que no quiero tener relaciones sexuales si se niega a usar condón.	6	7.0	80	92.8
6. Puedo usar un condón si bebo cerveza, vino u otra bebida.	18	20.9	68	79.1
7. Puedo detenerme para ponerme un condón o ponérselo a mi pareja.	8	9.3	78	90.7
8. Mi pareja y yo podemos desenrollar el condón completamente hasta la base del pene.	16	18.6	70	81.4
9. Puedo usar un condón sin que se salga.	17	19.8	69	80.2
10. Mi pareja y yo podemos tirar el condón en la basura después de tener sexo.	20	23.3	66	76.8
11. Después de tener sexo mi pareja o yo podríamos retirar el condón desde la base delpene.	19	22.1	67	77.9
12. Puedo llevar un condón conmigo en caso de que necesite uno.	17	19.8	69	80.2
13. Puedo usar un condón cada vez que mi pareja y yo tenemos sexo.	19	22.1	67	77.9
14. Puedo usar un condón nuevo cada vez que mi pareja y yo tenemos sexo.	22	25.6	64	72.5

Nota: ***f*** = frecuencia, % = porcentaje, n = 85

Finalmente, para conocer la relación entre el conocimiento y la autoeficacia para el uso del condón se realizó análisis de correlación de *Spearman*, sin embargo, no se identificó relación entre las variables ($r_s = .133, p > .05$).

Discusión

Los hallazgos del presente estudio muestran el nivel de conocimiento sobre ITS, VIH/Sida y la autoeficacia para el uso del condón en una muestra 86 mujeres de la etnia wixárica del estado de Nayarit, México. La edad promedio fue de 21 años y la edad de inicio de la vida sexual fue a la edad de 20 años, datos contrarios a lo encontrado por Nava-Navarro et al. (2019) quienes refieren es su estudio que la edad promedio de las participantes fue de 33 años y la edad de inicio de vida sexual activa fue antes de los 17 años. La población indígena es un grupo con vulnerabilidad social debido a las limitaciones que presentan para acceder a la educación y a los servicios de salud, lo que coloca a las mujeres en una posición de riesgo para la salud sexual (Juárez-Moreno et al., 2021).

En relación con el conocimiento sobre ITS, más de la mitad de las participantes contestaron incorrectamente sobre a las ITS, destacando que el 95 % de las jóvenes determinan que una llaga en el pene o vagina no es un síntoma común para ITS, mientras que el 80.2 % respondió que una mujer que tiene una ITS no puede contraer una infección en el útero y las trompas. Lo anterior difiere del estudio efectuado en puebla, México con jóvenes indígenas universitarias donde el estudio reporto que las mujeres tienen un nivel de conocimientos elevado sobre el VPH, identificando factores de riesgo, signos y síntomas (Perez-Perez et al., 2021). Sin embargo, los resultados coinciden con el estudio efectuado en Bolivia, donde se menciona que las mujeres indígenas de las tierras bajas tienen menos conocimiento sobre la prevención de las ITS a diferencia de los hombres, esto puede deberse a que las mujeres se quedan en la comunidad mientras los hombres salen a trabajar, limitándolas severamente para adquirir nuevos conocimientos (Puig y Montalvo, 2011).

La diferencia de resultados podría deberse a la propia característica de la muestra y la zona geográfica donde se encuentran, debido que las costumbres, tradiciones y compromisos con la comunidad son propias de

cada región, además la cuestión socioeconómica, el nivel de estudios, el acceso a los servicios de salud y los programas de salud, pudieran variar cada en cada grupo étnico, siendo la salud sexual donde se observan las mayores desigualdades de acceso, limitando la proyección de vida. Aunado a que, los grupos étnicos de la zona del pacífico de México presentan brechas y rezagos mayores en el acceso y la atención a la salud en comparación con los grupos étnicos de la zona centro del país (Pelcastre-Villafuerte et al., 2022).

Por otra parte, la cuestión cultural de cada grupo étnico es un factor detonante, por ejemplo, se ha observado que las mujeres indígenas de los Altos de Chiapas, al iniciar vida sexual activa con una persona de su comunidad que será su esposo en un futuro no consideran cuidarse. Esto les da la confianza para considerar que la pareja no tiene ninguna ITS, considerando que no están en riesgo de infectarse, lo que muestra el desconocimiento que poseen sobre las formas de trasmisión y prevención de las ITS (Pelcastre-Villafuerte et al., 2022; Reartes, 2011).

Además, muchas veces las mujeres indígenas que se encuentran en relación de pareja única, consideran no presentar riesgo de contagiarse de alguna ITS, incluyendo el VIH, ya que indican no tener relaciones sexuales con desconocidos. Lo anterior les da una falsa seguridad de no tener posibilidad de infectarse al tener relaciones monógamas, la cultura y la comunidad juegan un papel importante es esa seguridad, ya que la mujer está destinada a la casa lo que contribuye al sentimiento de que ella no puede ser infectada (Bonacquisti y Geller, 2013).

En cuanto al conocimiento sobre el VIH/Sida, un gran porcentaje de las mujeres presentan desconocimiento sobre conductas sexuales de riesgos que pueden derivar a contraer VIH/Sida, el 97.7 % de las jóvenes contesto de manera incorrecta que tener relaciones sexuales anales (por recto) con un hombre aumenta la posibilidad de contraer SIDA. Lo anterior concuerda con Juárez-Moreno et al. (2021), quienes indican que mujeres indígenas de comunidades rurales los estados de Hidalgo y San Luis Potosí, tienen conocimiento deficiente sobre las diversas formas de contagio del VIH, la manera de prevenirla, el tratamiento y como el virus actúa en su cuerpo. Así mismo, indican que la mayoría de las mujeres se consideran a salvo de infectarse porque solo tienen relaciones sexuales con

su pareja y conciben a su comunidad como un lugar seguro donde no hay riesgo de infectarse.

Lo anterior muestra que las mujeres tienen desconocimiento sobre la infección del VIH/Sida lo cual pudiera explicarse por la marginación de los pueblos indígenas donde el acceso a la información es limitado, colocándolas en grave riesgo para infectarse, por otra parte, se le puede atribuir que por su cultura étnica la mujer es más penosa y sumisa para buscar información sobre sexualidad. Sin embargo, cuando reciben capacitación a través de diversos programas estas brechas de conocimiento se reducen (Cervantes-Murrieta y García-Rivera, 2024; Núñez, 2011).

Respecto al uso del condón un alto porcentaje tiene desconocimiento sobre la técnica de colocación, manejo y cuidado de los preservativos. Lo que concuerda con Chanamé- Zapata et al. (2021), ellos indican que un alto porcentaje de adolescentes peruanos andinos posee conocimientos incorrectos sobre los pasos correctos y consecutivos del uso de preservativo. Contrario a lo encontrado por Nava-Navarro et al. (2019) quienes refieren que un alto porcentaje de las mujeres indígenas nahuas de Puebla, consideran necesario un aprendizaje para el uso correcto del condón, además, de que es necesario un acuerdo con la pareja para usarlo. El uso del condón aún es una práctica poco utilizada en la comunidad indígena debido a la construcción social de la virilidad masculina y la falta de empoderamiento de la mujer para el uso de este método de barrera, al considerar que la coloca en una posición de desprestigio ante su pareja.

En cuanto a la autoeficacia para el uso del condón durante las relaciones sexuales, las jóvenes obtuvieron un puntaje de 69.4, lo cual indica que la gran mayoría de las jóvenes tienen confianza para usar el condón y se sienten seguras para hablar acercar del uso del condón con su pareja al momento de efectuar las relaciones sexuales. Caso contrario a lo encontrado en mujeres indígenas de puebla, donde unos de los principales motivos para no usar condón son porque su esposo a veces no lo quiere usar, confía en su pareja, por falta de conocimiento, por miedo, rechazo e insultos por parte de su pareja; también, más de la mitad refieren no tener la habilidad para colocar un condón a su pareja. Mientras que en mujeres indígenas de Chiapas que migran a la ciudad, no tienen la posibilidad de negociar el uso del preservativo en la primera relación sexual, donde el

hombre tiene el rol dominante y evita el uso del condón, o no es posible negociar el uso del condón con sus parejas ni hablar sobre el tema (García-Sosa et al., 2007; Ramírez, 2011).

Los datos antes mencionados, muestran que el sexo femenino en poblaciones indígenas aún continúa inmerso en condiciones de vulnerabilidad a pesar de los cambios socioculturales. Las mujeres indígenas están propensas a practicar conductas sexuales de riesgo, ya que presentan menos capacidad para responder a la presión masculina en torno a la sexualidad. Sin embargo, los hallazgos del presente estudio pudieran explicarse debido a que las participantes del presente estudio están insertas en un nivel educativo superior, lo cual implica que tengan mayor capacidad de afrontamiento, manejo y control de situaciones que puedan comprometer su salud sexual y reproductiva (Cervantes-Murrieta y García-Rivera, Meneses-Tirado et al., 2018).

No se identificó relación entre el conocimiento y la autoeficacia para el uso del condón. Lo que difiere con Nava-Navarro et al. (2019), quienes encontraron que la autoeficacia para el uso del condón se relaciona y es predictora de la conducta sexual en las mujeres nahuas. Las diferencias de resultados podrían atribuirse al tamaño muestral y a las características de la propia muestra, dado que el entorno en el que se nacen, se desarrollan y viven son totalmente diferentes. Nava-Navarro et al., (2019) dentro de sus resultados, exponen que la negociación del uso del condón hace pensar a la pareja que son fáciles o que tuvieron relaciones sexuales con otras personas, por lo cual, optan por no mencionarlo, a pesar de que saben que es una manera de evitar contagiarse de alguna ITS como es el VIH.

Conclusiones

A partir de los resultados encontrados se puede concluir que el conocimiento sobre ITS, VIH-Sida y la autoeficacia para el uso del condón son variables que deben ser estudiados a profundidad en mujeres indígenas universitarias del oeste de México, ya que por su género se encuentran en desventaja por las costumbres y mitos de los pueblos indígenas. En los resultados se observa la limitada información que poseen sobre ITS, VIH/Sida y la falta de autoeficacia para negociar el uso del condón por miedo a

lo que su pareja pensará. Aunque no se encontró relación entre las variables del estudio, es importante continuar estudiando el conocimiento hacia las ITS, VIH/Sida y la autoeficacia para el uso del condón, por lo que el que el profesional de salud desde su campo de acción debe fortalecer la información de este segmento poblacional, utilizando diversos medios de enseñanza en el dialecto de la comunidad y establezca intervenciones multidisciplinares para mejor impacto en la salud sexual de las mujeres.

El estudio tiene algunas limitaciones entre las que destacan la integración de la muestra a través de un muestreo a conveniencia, y el tamaño de la muestra. Dichas limitaciones podrían no permitir la generalización de los resultados, por lo que se sugiere ampliar el tamaño muestral con el fin de tener una mejor representación de la población. Además, se sugiere identificar las condiciones culturales de cada comunidad para poder diseñar estrategias de prevención apropiadas a su cultura, considerando los usos, costumbres, significados, valores, percepciones y prácticas que tienen las mujeres sobre la sexualidad. Además, el profesional de enfermería debe diseñar con las mujeres indígenas los programas y estrategias de prevención, para que ellas reafirmen sus propios saberes y se apropien de los nuevos conocimientos, habilidades y actitudes sobre la sexualidad responsable que consideren adecuadas de acuerdo con su cosmovisión.

Referencias

Bonacquisti, A. y Geller, P. A. (2013). Condom-use intentions and the influence o partner related barriers among women at risk for HIV. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23), 3328-3336. doi: https://doi.org/10.1111/jocn.12101

Cervantes-Murrieta, J. A. y García-Rivera, E. L. (2024). Pertenencia y estrategias de mujeres yaquis en su ingreso a la educación superior. *Sinéctica, Revista Electrónica de Educación*, (62), e1584. https://doi.org/10.31391/S2007-7033(2024)0062-007

Chanamé-Zapata, F., Rosales-Pariona, I., Mendoza-Zúñiga, M., Salas-Huamani, J. y León-Untiveros, G. (2021). Conocimientos y medidas preventivas frente a infecciones de transmisión sexual en adolescentes peruanos andinos. *Revista salud pública*, 23(1). Disponible http://www.scielo.org.

co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642021000100200&lng=en. https://doi.org/10.15446/rsap.v23n1.85165.

Gala, Á., Berdasquera, D., Pérez, J., Pinto, J., Suárez, J., Joanes, J., Sánchez, Lizet., Aragonés, C. y Díaz, M. (2007). Dinámica de adquisición del VIH en su dimensión social, ambiental y cultural. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 59(2), 90-97. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602007000200003

García-Sosa, J.; Meneses-Navarro, S. y Palépérez, S. (2007). Migración internacional indígena y vulnerabilidad ante el VIH y sida. Los chamulas entre barras y estrellas. Liminar. *Estudios Sociales y Humanísticos*, 5(1), 19-144.

Grove, S. K. y Gray, J. R. (2019). *Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Elsevier.

Jemmott, J. B. III., Jemmott, L. S. y Fong, G. T. (1992). Reduction in HIV risk associated sexual behaviors among black male adolescents: Effects of an AIDS preventioN intervention. *American journal of public health*, 82, 372-377.

Juárez-Moreno, M., López –Pérez, O., Raesfelda, L. y Durán-González, R. (2021). Sexualidad, género y percepción del riesgo a la infección por VIH en mujeres indígenas de México. *Saúde Soc. São Paulo*, 30(2), 1-12. doi: 10.1590/S0104-12902021200399

Karver, T. S., Sorhaindo A, Wilson, K. S. y Contreras, X. (2016). Exploring intergenerational changes in perceptions of gender roles and sexuality among indigenous women in Oaxaca. *Culture Health & Sexuality*. 18(8), 845-859. doi: 10.1080/13691058.2016.1144790.

Meneses-Tirado, M. d. A., Benavides-Torres, R.A., Meneses-Navarro, S., Doncel-de la Colina J. A., Onofre-Rodríguez D. J. y Báez-Hernández. F. J. (2018). Uso Del Condón en Adolescentes Nahuas, un Modelo Explicativo. *Hispanic Health Care International*, 16(1), 36-42. doi:10.1177/1540415317750085

Nava-Navarro, V., Báez-Hernández, F.J., Morales-Nieto, A., García-Madrid, G. y Flores-Arias, M.L. (2019). Factores que influyen en la conducta sexual en mujeres nahuas de Puebla, México. *Acta Universitaria,* 29, e2468. doi. http://doi.org/10.15174.au.2019.2468

Nava-Navarro, V., Báez-Hernández, F. J. y Onofre-Rodriguez, D. J. (2017). Motivos de las mujeres indígenas sobre el uso y no uso del condón. *Nure Investigación*, 14(91), 1-9.

Núñez, G. (2011). VIH-SIDA y población indígena en Sonora: Una aproximación cuantitativa y cualitativa. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas CDI. Informe final de la Consulta sobre VIH, sida y pueblos indígenas en áreas fronterizas. https://avispasenaccion.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/02/informe-cdi-vih-prueba-final.pdf

Núñez, N. y Ponce P. (2015). Pueblos indígenas: sexualidad, diversidad sexual y genérica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, (7), 57-75.

Organización Mundial de la Salud (2023). Datos y cifras. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjw5cOwBhCiARIsAJ5njubg6FqKjARSr6Eh9-QQ4wFBu--FwqKdZxnIGe2jjdPN8eOTGl4waLoaAkyJEALw_wcB

Pelcastre-Villafuerte, B. E., Meneses-Navarro, S., Sánchez-Domínguez, M., Meléndez-Navarro, D. y Freyermuth-Enciso, G. (2022). Condiciones de salud y uso de servicios en pueblos indígenas de México. *Salud Pública de México*, 62(6), 810-819. https://doi.org/10.21149/11861

Ponce, P., Muñoz, R. y Stival, M. (2017). Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno. *Salud Colectiva*, 13(3), 537-554.

Puig, C. y Montalvo, P. (2011). Infecciones de transmisión sexual, VIH y Sida: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adulta y jóvenes indígenas en las tierras bajas de Bolivia. Desacatos, (35), 41-58. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2011000100004&lng=es&tlng=es.

Ramírez, D. (2011). Representaciones sociales de migrantes indígenas en torno al VIH-SIDA: Un estudio en tres regiones de Chiapas. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas CDI. Informe final de la Consulta sobre VIH, sida y pueblos indígenas en áreas fronterizas. https://avispasenaccion.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/02/informe-cdi-vih-prueba-final.pdf

Reartes, D. L. (2011). La comunidad y la ciudad como referentes en la construcción social de riesgos frente al VIH-Sida entre jóvenes estudiantes hablantes de lenguas indígenas de los Altos de Chiapas. *Desacatos*, (35), 59-74. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2011000100005&lng=es&tlng=es.

Secretaría de Salud. (2014). Reglamento de Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. México. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fe-cha=02/04/2014#gsc.tab=0

Sousa, C. S. P, Castro R. C. M. B., Pinheiro, A. K. B., Moura, E. R. F., Almeida, P. C. y Aquino, P. S. (2017). Cross-cultural adaptation And validation of the Condom Self-Efficacy Scale: application to Brazilian adolescents and young Adults. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 25, e2991. http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1062.2991.

Thato, S., Hanna, K. M. y Rodcumdee, B. (2005). Translationn and validation of the Condom self-efficacy scale with Thai adolescents and young adults. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(1), 36-40.

Zapoteco-Flores, M. (2014). *Conocimiento de los padres para comunicarse con hijos adolescentes sobre sexualidad* [Tesis inédita de Maestría]. Universidad Autónoma de Nuevo León.