



**Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Programa Magíster en Salud Sexual y Reproductiva**

**“ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE ESCALA DE AUTOEFICACIA EN USO DEL
CONDÓN MASCULINO (CUSES-Ch) EN POBLACIÓN JOVEN CHILENA”**

Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva

Carla Reneer Araos Osorio
Concepción- Chile 2022

Profesor Guía: Marcela Cid Aguayo
Dpto. de Obstetricia, Facultad de Medicina
Universidad de Concepción

Profesor Co tutor: Cristhian Pérez Villalobos
Dpto. de Educación Médica, Facultad de Medicina
Universidad de Concepción

AGRADECIMIENTOS

Al Creador, que desde mi existencia en esta vida ha bendecido y guiado mis decisiones.

A Hugo, mi Compañero, mi fans número uno, el cual mi mano nunca está dispuesto a soltar.

A la Familia Burdiles Albornoz, que con su calidez y hospitalidad me acogieron como una más en su hogar y me hicieron sentir como si estuviera en casa.

A mi Familia, quienes siempre me han apoyado y no han perdido la fe en mí.

A mis amigos, que por medio del alcohol y las risas han absorbido las sucesivas catarsis de este proceso.

A la Profesora Marcela Cid y Docentes de Postgrado de esta Universidad, por su apoyo y guía en el proceso.

Y a Mí misma, por sorprenderme de lo que puedo lograr, luego de sobrevivir a todo este transcurso de metamorfosis personal y renacer.

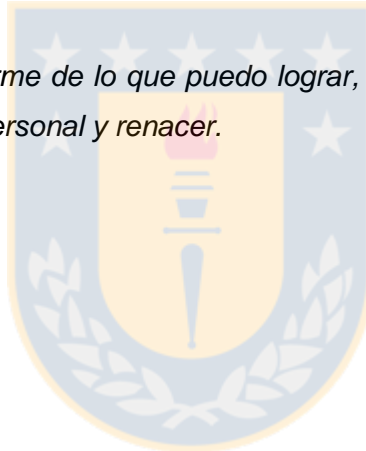


TABLA DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TABLAS.....	IV
ÍNDICE DE FIGURAS.....	V
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT.....	VII
INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO TEÓRICO.....	3
I. Fuentes de información respecto al uso de preservativo en Chile.....	5
II. Factores sociodemográficos asociados al uso de preservativo.....	6
III. Autoeficacia en el uso de preservativo.....	6
IV. Factores que influyen en la autoeficacia en el uso del preservativo.....	7
V. Escala de autoeficacia en el uso del preservativo.....	10
VI. Adaptación y validación de instrumentos de medición en salud.....	12
OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	15
METODOLOGÍA	
I. Tipo y Diseño de estudio.....	16
II. Población y muestra.....	16
III. Criterios de Inclusión y Exclusión.....	16
IV. Consideraciones Éticas.....	17
V. Instrumento de recogida de información: “The Condom Use Self Efficacy Scale” (CUSES).....	17
VI. Procedimiento	
VI.1 Consideraciones previas.....	18
VI.2 Desarrollo del test.....	18
VII. Técnica de recogida de información.....	19
VIII. Plan de análisis de datos.....	19

RESULTADOS

I.	Datos sociodemográficos.....	21
II.	Evaluación Psicométrica del instrumento.	
	II.1 Estructura factorial y Confiabilidad.....	22
	II.2 Validez de Criterio.....	26
	DISCUSIÓN.....	29
	CONCLUSIÓN.....	33
	PROYECCIONES.....	34
	LIMITACIONES.....	35
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
ANEXOS		
I.	Anexo n°1: Autorización de Comités de Ética.....	44
II.	Anexo n°2: Consentimiento Informado.....	49
III.	Anexo n°3: Escala CUSES original.....	53
IV.	Anexo n°4: Autorización de autor original de CUSES.....	55
V.	Anexo n°5: Cuadro comparativo de traducciones.....	57
VI.	Anexo n°6: Observaciones prueba piloto.....	65
VII.	Anexo n°7: Resultados encuesta sociodemográfica completa.....	67
VIII.	Anexo n°8: Escala de Autoeficacia en el uso del Condón Masculino (CUSES- Ch).....	72

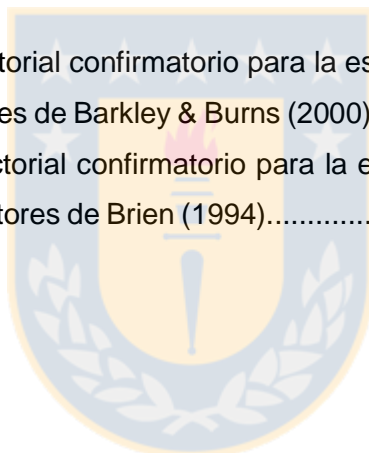
ÍNDICE DE TABLAS

I.	Tabla n°1: Datos sociodemográficos de estudiantes universitarios, Facultad de Medicina Campus Concepción, Universidad de Concepción.....	21
II.	Tabla n°2: Clasificación de factores e ítems por factor del instrumento CUSES según la adaptación de cada autor.....	23
III.	Tabla n°3: Índice de ajuste de los modelos de análisis factorial confirmatorio para las escalas de Autoeficacia en el uso del Condón.....	24

IV.	Tabla n°4: Confiabilidad de los factores de la escala Cuses- Ch según modelo de Barkley & Burns (2000).....	25
V.	Tabla n°5: Confiabilidad de los factores de la escala Cuses- Ch según modelo de Brien (1994).....	26
VI.	Tabla n°6: Análisis descriptivo de la escala CUSES- Ch en Estudiantes Universitarios, Facultad de Medicina Campus Concepción, Universidad de Concepción.....	27
VII.	Tabla n°7: Correlación rho de Spearman entre los puntajes de la escala Cuses- Ch y la frecuencia de uso del condón en Estudiantes Universitarios, Facultad de Medicina Campus Concepción, Universidad de Concepción.....	27

ÍNDICE DE FIGURAS

I.	Figura n°1: Análisis factorial confirmatorio para la escala CUSES- Ch considerando el modelo de tres factores de Barkley & Burns (2000).....	25
II.	Figura n°2: Análisis factorial confirmatorio para la escala Cuses- Ch considerando el modelo de cuatro factores de Brien (1994).....	26



RESUMEN

A pesar de que el uso del condón masculino previene la gestación no deseada y la adquisición de Infecciones de Transmisión Sexual, su utilización en Chile es baja. Se desconoce la existencia de instrumentos validados en el país que permitan evaluar la autoeficacia, es decir, la actitud, motivación o negociación del uso de condón entre las personas. “CUSES”, es una escala norteamericana destinada a medir la autoeficacia en el uso de preservativo, la que es utilizada en varios países.

Objetivo: Evaluar las propiedades psicométricas de la escala de Autoeficacia en el Uso del Condón Masculino adaptada al contexto sociocultural chileno (CUSES-Ch), en población joven estudiante de la Universidad de Concepción, Campus Concepción, en el año 2021.

Material y Método: Estudio de tipo Psicométrico, donde se reclutaron estudiantes universitarios y se describieron características sociodemográficas en relación al uso del condón. Se realizó la adaptación lingüística a la realidad sociocultural chilena de la escala original, previa a la aplicación de un estudio piloto. Se evaluó la estructura factorial del instrumento por medio de análisis factorial confirmatorio (CFA), comparando entre distintos autores internacionales; se evaluó la confiabilidad, por medio de la aplicación del Coeficiente Omega de McDonald y la evaluación de validez de criterio, por medio de análisis de coeficientes de correlación del tipo no paramétricos entre los puntajes de CUSES- Ch y variables como Relación de Pareja, Consumo de Sustancias e ITS.

Resultados: La escala final CUSES- Ch se adecuó según la estructura factorial de Brien, la cual fue la segunda que mostró el mejor ajuste estadístico entre todas las soluciones del CFA, y la que sus cuatro factores mostraron una precisión más adecuada de medición y mejor evidencia de confiabilidad. Además, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de CUSES- CH y variables como Sexo, Relación de Pareja, Frecuencia de uso de Condón y Consumo de alcohol.

Conclusión: CUSES- Ch posee un adecuado nivel de evidencia en confiabilidad y validez que permite medir el nivel de autoeficacia en el uso del condón masculino en población joven universitaria chilena, contando con la base de un instrumento pionero en el país que permite ser utilizado como una herramienta que genere estrategias en el fomento del uso del condón masculino.

Palabras claves: Cuestionario, Escala, Estudios de Validación, Autoeficacia, Condones, Adaptación intercultural, Confiabilidad y Validez.

ABSTRACT

Introduction: Male condom use is low in Chile. There are no known Chilean validated instruments to assess people's self-efficacy in the use of condoms.

Objective: To assess the psychometric properties of the Condom Use Self-Efficacy Scale adapted to the Chilean sociocultural context (CUSES-Ch) in young university students.

Material and methods: 287 university students participated in the study, where they described socio-demographic characteristics related to condom use. A sociocultural adaptation of the original scale was done and then applied in a pilot study. The factorial structure of the instrument was assessed by confirmatory factor analysis (CFA) and comparing different international authors, and criterion reliability and validity were then calculated.

Outcomes: Students answered CUSES-Ch, an adaptation of the original American "The Condom Use Self-Efficacy Scale" (CUSES) 11, created by Brafford and Beck, and gave socio-demographic data.

Results: The final scale, CUSES-Ch, was better adapted under Brien's factorial structure, which showed an statistical good fit in CFA and evidence of acceptable reliability. Moreover, there were statistically significant differences between CUSES-Ch and certain variables, such as sex, relationship, condom use frequency, and alcohol use.

Clinical translation: A precise, easy-to-use, locally-adapted scale that is a good predictor of condom use self-efficacy can be used for planning health and educational interventions and strategies as needed.

Strengths and limitations: CUSES-Ch can be used in several fields of knowledge or by any organization that wants to observe Chilean university students' needs on improving male condom use self-efficacy. This research is based on university students, mostly aged 18-26; therefore, further research is needed to determine if its results can be applied to other age or social groups.

Conclusion: The reliability and validity of CUSES-Ch has been proved to be adequate to assess male condom use self-efficacy among young Chilean university students.

Key words: questionnaire, scale, validation studies, self-efficacy, condom, intercultural adaptation, reliability and validity.

INTRODUCCIÓN

Los Derechos en Salud Sexual y Reproductiva implican que las personas puedan disfrutar de su vida sexual sin riesgo de tener gestaciones no planificadas y adquirir infecciones de transmisión sexual (ITS), especialmente VIH/SIDA. Los métodos de barrera, como los preservativos o condones masculinos, pueden ayudar a prevenir estas consecuencias de la vida sexual cuando se usan en forma correcta y consistente. El condón masculino, además de tener la mayor eficacia anticonceptiva entre los métodos de barrera, posee un efecto protector de aproximadamente un 80% en la adquisición del VIH y otras ITS a través de la actividad sexual ^{1,2}. A pesar de su beneficio como doble protección, y la garantía de acceso promovida por las políticas nacionales en salud, su utilización es baja ³⁻⁵. Según la Encuesta Nacional de Salud 2016-17, el uso de preservativo en los últimos 12 meses en población sexualmente activa fue del 12,8% en hombres y 7,1% en mujeres, siendo el total país de un 10,1%. De este porcentaje, el 22,1% corresponde a población entre 15 a 24 años ⁶. Paralelamente, el informe de Situación Epidemiológica de las Infecciones de Transmisión sexual en Chile emitido por el Ministerio de Salud en el año 2016, indicó que algunas ITS y principalmente los casos de VIH en Chile han ido aumentando de forma sostenida en el último quinquenio, concentrándose la mayor tasa en el grupo de 20 a 29 años ⁷.

Una de las principales razones para no usar condón que se observa en las personas es la actitud negativa frente a éste ⁸, el cual puede explicarse por medio de una variedad de argumentos derivados de factores sociodemográficos, psicosociales y conductuales, desarrollados en estudios internacionales ^{5,9}. Las publicaciones disponibles en Chile que reflejan el uso de preservativo presentan escueta información sobre la periodicidad de su uso, además de los comportamientos reales asociados a la autoeficacia, es decir, a la actitud, motivación o la negociación del uso de condón entre las parejas^{1, 3, 5,6}. La autoeficacia, la cual consiste en la creencia de las propias capacidades para poder ejercer control en el propio comportamiento presente y futuro, para la negociación del condón juega un papel clave en la conducta sexual y la toma de decisiones a favor del sexo seguro ¹⁰. El estudiar el nivel de autoeficacia en relación a los factores que influyen en el uso del preservativo puede proporcionar información importante sobre los problemas específicos que se consideran barreras para su óptima utilización ¹¹. Actualmente en Chile, se

desconoce la disponibilidad de instrumentos en los cuales se hayan analizado las propiedades psicométricas y la adaptabilidad a la realidad sociocultural chilena que permitan evaluar los niveles de aceptación y el grado de autoeficacia que determinan el comportamiento en el uso del preservativo ^{3,5,6}. “The Condom Use Self-Efficacy Scale” (abreviatura CUSES, en inglés), es una escala norteamericana destinada a medir la autoeficacia en el uso del condón masculino en las personas, el cual puede medir impedimentos con respecto al uso del preservativo, siendo utilizada y adaptada ampliamente en otros países ¹¹⁻¹⁵. La finalidad de este estudio es contar con un instrumento en base a CUSES original, (CUSES- Ch), que posea suficiente evidencia de validez y confiabilidad, adaptada a la realidad sociocultural del país que permita estudiar el nivel de autoeficacia del uso del condón en los jóvenes chilenos. Una escala precisa y de fácil aplicación que sea un buen predictor del uso de condón puede ser utilizada en la planificación de intervenciones y estrategias en salud que busquen mejorar la autoeficacia en su uso según las necesidades percibidas por las personas.



MARCO TEÓRICO

La sexualidad es un elemento inherente al ser humano que tiene un papel protagónico en el proceso de formación de la identidad de las personas y en el establecimiento de vínculos. Asimismo, se reconoce como una construcción social, multidimensional y dinámica que emerge en cada persona en un contexto cultural, y está mediada por la biología, los roles de género y las relaciones de poder, así como también por factores sociodemográficos como la edad, la condición socioeconómica y la etnicidad; de esta manera, no hay una única sexualidad, así como tampoco una sola práctica sexual. Las conductas de riesgo sexual abarcan todas las prácticas sexuales en las que se es más vulnerable a tener algún resultado negativo para la salud, como adquirir o transmitir infecciones de transmisión sexual o una gestación no deseada. Las conductas de riesgo sexual comunes incluyen el inicio sexual temprano, tener múltiples parejas sexuales y prácticas inseguras como sexo vaginal, anal u oral sin uso de preservativo. La extensión del uso de preservativos masculinos ha logrado la separación de la práctica sexual con la tarea reproductiva, haciendo visible por un lado la planificación del embarazo y por otro, la protección contra las ITS ^{1,8}.

El condón o preservativo masculino es una funda o cubierta delgada que se coloca en el pene erecto antes de la penetración ². La mayoría de los condones están hechos de látex y diversos fabricantes los producen en diferentes materiales, tamaños, grosores, formas, colores, sabores y texturas, para adaptarse a la longitud, circunferencia y forma del pene. Los tamaños actuales de condones, están regulados con una longitud mínima de 160 mm, un espesor mínimo de 0,03 mm y un ancho máximo de 54 mm. La forma más común es el condón de eje recto, que mantiene un ancho constante en todo el eje, desde la punta hasta la base. Un condón "contorneado", se ajusta más por debajo del glande para favorecer la estimulación, en cambio, aquellos "holgados" o "acampanados" brindan más espacio en el área y a menudo son preferidos por hombres a quienes no les gusta la sensación restrictiva de los anteriores ³. Para calcular la dimensión adecuada de un condón, una persona puede medir la longitud del pene en erección desde la base hasta la punta del glande y calcular su ancho nominal, el cual consiste en la medición de la circunferencia del pene dividido a la mitad. Generalmente los condones de látex están revestidos con lubricante a base de agua, silicona o con espermicida. Por la necesidad de contar con otras

opciones de material, se desarrollaron al inicio de la década de los noventa condones masculinos elaborados con poliuretano o elastómeros sintéticos. Éstos ofrecen una alternativa a aquellas personas o parejas que quieran probar opciones diferentes o tienen alergia o mayor sensibilidad al látex. El condón masculino de poliisopreno, una versión sintética del látex, al cual se le retiran los alérgenos pero conserva la mayoría de sus otras propiedades, es el producto más reciente desarrollado como alternativa al condón tradicional. Por otro lado, el condón de poliuretano puede transmitir el calor corporal, no causa alergia, no se daña con los lubricantes oleosos, es más resistente y es menos susceptible a deteriorarse durante su almacenamiento ².

El condón masculino se usa en el momento del acto sexual, lo que requiere que las parejas consideren su utilización con anticipación, los tengan disponibles y recuerden insertarlos apenas ocurra la erección, teniendo la información necesaria para su colocación correcta y consistente. La eficacia anticonceptiva del condón masculino es más baja que la de los anticonceptivos hormonales. Cuando el condón masculino de látex es usado en forma correcta y consistente, la tasa de embarazo es de 2 embarazos por 100 mujeres durante el primer año de uso. En cambio la tasa de embarazo en el uso habitual es de 15 embarazos por 100 mujeres en el primer año ².

Pese a la diversidad de productos, la garantía de acceso por medio de la entrega en los sistemas de atención primaria de salud y las campañas sobre la prevención de ITS, el uso del condón masculino en hombres y mujeres es poco frecuente e inconsistente ^{3, 4, 16}. Diversos estudios realizados en Latinoamérica y Estados Unidos revelan distintos porcentajes de uso de condón que fluctúan entre los 21% y 56%; los valores varían según los criterios de inclusión de sus participantes, la metodología aplicada y a las limitaciones de los estudios ^{9, 17-21}. En Chile, para el año 2013, el sistema público de salud registró 63.521 personas bajo control que usaban preservativo como método de regulación de la fertilidad ². Según la Encuesta Nacional de Salud 2016-17, el total país de uso de preservativo masculino alcanzó el 10,1%, de los cuales el 22,1% pertenecían a población entre 15 a 24 años ⁶. Según la Novena Encuesta Nacional de la Juventud del año 2018, el 49% de la población joven entre 15 y 29 años declaró haber usado condón en su última relación sexual. El porcentaje asciende en comparación a la encuesta realizada el año 2015 (40,4%) y se mantiene en relación a la realizada el 2012 (48,7%). El uso de condón desciende en sectores rurales, a menor nivel socioeconómico y con la edad, siendo reemplazado posteriormente por anticonceptivos orales combinados y por anticoncepción reversible de

acción prolongada (LARC). Al indagar en las razones por las que los jóvenes utilizaron preservativo en su última relación sexual, la mayoría señaló que decidió utilizarlo para prevenir un embarazo (92.3%) y un 72% y 68,1% señaló que lo hizo para protegerse del VIH/SIDA y de las ITS, respectivamente ¹. Además, cuando se reporta el uso del condón, se halla al mismo tiempo que éste no siempre se usa correctamente, ya que se vincula su uso ocasional sólo para eyacular, según la creencia de evitar un embarazo, poniendo en riesgo la salud sexual ²².

Fuentes de Información respecto al uso de preservativo en Chile.

A nivel nacional, las dos encuestas más ampliamente difundidas que entregan información periódica con respecto al uso del preservativo son la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta Nacional de la Juventud ^{1,6}. La primera, realizada por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud y ejecutada por la Pontificia Universidad Católica de Chile, incluye a personas mayores de 15 años y busca responder respecto al uso del preservativo a una única pregunta sobre si la persona lo ha usado en los últimos 12 meses, en donde la respuesta sólo está asociada al porcentaje que lo usa “siempre”, dividido por edad y escolaridad ⁶. La segunda, realizada por el Ministerio de Desarrollo Social, ejecutado por Adimark bajo la dirección del Instituto Nacional de la Juventud, es aplicada a jóvenes entre 15 y 29 años residentes de todas las regiones del país y busca, entre otras temáticas, responder a diversas preguntas que apuntan a temas de sexualidad; sobre qué método(s) anticonceptivo(s) los y las jóvenes usan en la primera y en la última relación sexual y los motivos por el cual se usa el condón, donde las opciones exclusivamente van destinadas a discernir si es para prevenir una gestación no deseada, o prevenir el contagio de ITS o VIH /SIDA, asociadas con la variable nivel socioeconómico, edad y ruralidad ¹. A nivel particular, sólo un estudio realizado con jóvenes universitarios en la región de Coquimbo en el año 2016 indagó de forma más profunda las variables que motivarían el uso del condón como son las asociadas a las creencias, comportamientos, conductas y actitudes ⁵.

Factores Sociodemográficos asociados al uso de preservativo.

Tanto los datos internacionales como nacionales concuerdan en que el uso de preservativo masculino es menos frecuente en el nivel socioeconómico bajo, en donde interceden factores como pobreza, educación y acceso a servicios sanitarios ^{1,6,20,23}; el uso es menor en mujeres que en hombres, donde se ven involucradas perspectivas de género ^{9,17,19,24}; y desciende en personas de mayor edad y en parejas estables ^{17,18,24,25}, lo que es argumentado bajo el contexto de que vivir en pareja involucraría mayor afectividad, confianza y fidelidad, priorizándose el uso de métodos anticonceptivos con fines de prevención de la gestación más que de ITS ^{8,20,21,26,27}. En efecto, las normas sociales y culturales suelen generar influencia en las conductas sexuales ²², por lo que el uso consistente del condón puede verse disuadido no sólo por factores sexuales sino también relacionales y del comportamiento, de tal manera que su poca utilización no sólo es atribuida a la falta de educación o de información sobre el método, sino pudiendo incluso ser una elección voluntaria ^{4, 18, 25, 26,28}. Las personas que están conscientes del daño que puedan estar causando sus conductas de riesgo logran poco éxito en prevenirlos a menos que se juzgen a sí mismos como autoeficaces. Para fomentar un cambio de comportamiento, las personas no sólo deberían recibir información sobre hábitos de protección, sino también las herramientas que permitan llevarlos a cabo ²⁹.

Autoeficacia en el uso de preservativo.

La literatura sugiere que las creencias de autoeficacia están fuertemente asociadas con el comportamiento sexual seguro. La autoeficacia es parte de la Teoría del Aprendizaje Social desarrollada por Albert Bandura, el cual se ocupa del procesamiento cognitivo que regula el cambio en el comportamiento humano ^{11, 24, 29,30}. La autoeficacia es la expectativa de un individuo en su capacidad para ejercer control sobre su comportamiento y entorno, por lo que las personas con alta autoeficacia tienen mayor confianza en su capacidad de ejecutar alguna respuesta o tarea y por lo tanto son más propensos a participar y mantener ese comportamiento en el tiempo ^{10, 11, 16, 28,29}. Según Bandura, la autoeficacia se desarrolla desde la propia motivación y experiencia personal, la capacidad de ejercer control, el aprendizaje y la persuasión social, y desde entonces se ha aplicado en varias investigaciones y prácticas del cambio del comportamiento. Las creencias que tienen las

personas sobre sus propias capacidades influye en lo que eligen hacer, cuánto esfuerzo y tiempo destinan en hacerlo y si continuarán o bien se rendirán ante las situaciones adversas ^{29,31}. Bandura abordó el posible vínculo entre la autoeficacia y el uso del condón ¹¹. La autoeficacia del uso del condón se refiere a la confianza de un individuo en su capacidad de practicar sexo seguro en situaciones adversas, por medio de la autoseguridad para comprar condones, negociar el uso de condones con sus parejas y usarlos durante las relaciones sexuales. Esta teoría, aplicada a comportamientos sexuales más seguros, requiere que las personas ejerzan influencia y control sobre sí mismos y sobre los demás, proponiendo que las personas participen en un proceso de evaluación de las ventajas y desventajas relativas del uso del condón durante el sexo, el conocimiento sobre las ITS y las expectativas con respecto al uso de éste ^{11, 16,30-32}. Por el contrario, cuanto más débil es la autoeficacia percibida, más de estos factores sociales y afectivos pueden aumentar la probabilidad de conducta sexual de riesgo ^{24,29}, surgiendo problemas al seguir prácticas sexuales más riesgosas, ya que la autoprotección a menudo entra en conflicto con presiones y sentimientos personales y con otros. Dentro de esto, las limitaciones de acceso, la vergüenza personal, el deseo de aceptación social, el uso de sustancias, los atractivos o el dominio del poder coercitivo pueden influenciar en el uso del preservativo ¹¹.

Factores que influyen en la autoeficacia en el uso del preservativo.

En relación al acceso, comprender los factores asociados a la adquisición de condones se convierte en una herramienta importante para la prevención ⁹. Si éste se percibe como cercano, existe una mayor intención de usarlos. Esto implica no sólo el acceso físico por medio de máquinas expendedoras en bares, discotecas, liceos y centros de salud, sino también el acceso económico de bajo costo o gratuito ^{5, 23,25}. Aunque la entrega de condones se realiza de forma gratuita a través de los centros de salud pública, algunos estudios señalan que la principal adquisición de ellos se realiza a través de la compra directa en centros comerciales y/o farmacias, ya sea por conveniencia en relación a los tiempos de espera de atención, preferencia por marcas, texturas y sabores, o bien, por ignorancia al considerarlos baratos, de sospechosa calidad o por la vergüenza de adquirirlos en agencias públicas ^{3,9}.

Es importante, por otro lado, señalar la existencia de un porcentaje de personas que mantienen relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol. La ingesta de alcohol u otras drogas ilícitas aumenta el comportamiento de riesgo sexual ^{8, 17,33}. Su consumo en cantidades excesivas inhibe la capacidad de las personas para participar en prácticas sexuales seguras, como usar condones de manera correcta y habitual ^{2, 24, 31,33}. Sin embargo, debido a que el comportamiento sexual de riesgo generalmente resulta de la confluencia entre el individuo, una situación y una relación; la intoxicación por alcohol podría fomentar diferentes resultados sexuales en función de los individuos involucrados según su autoeficacia. La intoxicación por alcohol podría mejorar la seguridad sexual en la toma de decisiones, pero sólo para personas con un alto nivel de autoeficacia. Por ejemplo, la intoxicación por alcohol para una persona con alta autoeficacia podría fomentar su creencia de que puede negociar y usar condones de manera efectiva, por ende, una mayor intención de llevarlo a cabo. Por el contrario, una persona con menor autoeficacia confirmaría sus creencias de que no es capaz de usar condones de manera efectiva, lo que resultaría en menor intención de negociación³³.

Dentro de otras limitaciones en el uso del condón, están las afirmaciones asociadas a las creencias personales sobre las barreras, conveniencia, experiencias sensoriales, sensuales y eróticas ²³. Los jóvenes refieren que los condones se consideran incómodos, interfieren con el orgasmo propio o de la pareja y limitan la sensibilidad y el placer ^{3, 9, 18, 22, 27,31}. Algunos hombres reportan problemas de erección al usar preservativo, el cual puede estar explicado por interacción medicamentosa, tener problemas con el manejo de la ansiedad y predisposición a padecer disfunción eréctil independiente del uso de condón³⁴. Aunque la mayoría de las quejas sobre el uso del condón provienen de hombres, las mujeres también informan que el uso es incómodo ^{5, 21,27}, representándolo como un artefacto intruso que media el contacto entre dos individuos ²¹. Por añadidura, las calificaciones de atractivo físico de las mujeres y hombres son un fuerte predictor de la disposición a tener relaciones sexuales sin protección, incluso cuando las personas atractivas tuvieran más probabilidades de tener una ITS. Las personas podrían estar más dispuestas a tener relaciones sexuales con personas físicamente atractivas, creyendo que por eso son más saludables, legitimando sus intenciones de uso reducido del condón ^{35,36}. Sin embargo, hay un grupo de parejas que no reflejan disminución del placer con el uso de preservativo, lo cual estaría asociado a estar inmerso en una relación de pareja con cercanía física, vínculo afectivo y comunicación, mejorando la autoeficacia y por ende, la actitud mutua hacia su

uso^{5,27}.

Por otra parte, la decisión de negociar el uso del condón implica tener habilidades de comunicación interpersonal, que puede estar influenciada por la dinámica social de varias maneras^{24,26}. Poseer la confianza en la capacidad para acceder a preservativos y negociar su uso, asociado además a la experiencia sexual, aumenta la autoeficacia en su utilización^{23,24,28}. Las técnicas coercitivas o no coercitivas frente a la negociación del uso del condón corresponde a los intentos exitosos de evitar su uso mientras se entabla una relación sexual con una pareja que sí quiere usar un preservativo, teniendo la intención de limitar la capacidad de la otra persona para tomar una decisión informada y consensuada. Los hombres principalmente pueden emplear una variedad de tácticas, siendo no coercitivas donde incluyen pasivamente referir una sensibilidad reducida o una solicitud directa; o coercitivas cuando se utilizan tácticas agresivas o manipuladoras, incluyendo la manipulación emocional, el engaño, amenazas o incluso violencia física^{4,16,26,37}. El tener antecedentes de violencia de pareja, ya sea física, emocional o sexual, incrementa las tasas de sexo sin condón, disminuyendo la capacidad de la persona para la negociación exitosa y la asertividad sexual^{16,26,37}. El antecedente de violencia sexual y su interacción sinérgica con la intoxicación por alcohol puede además incrementar la manipulación emocional ejercida por el abuso de poder y control, pronosticando tácticas coercitivas y resistencia al uso de condón¹⁶. Estos patrones se han investigado mayormente en mujeres, las cuales al ser afectadas por la inequidad de género, sufren mayormente las consecuencias del bajo nivel socioeconómico, acceso a la educación, violencia física, psicológica y sexual, pudiendo a menudo carecer de poder en la toma de decisiones para negociar el uso del preservativo en relación con los varones^{3,9,38}. En la realidad hispana, las creencias culturales promueven evitar la comunicación explícita sobre el sexo, una práctica que perpetúa la incomodidad y la vergüenza sobre la comunicación sexual. Los roles de género del “marianismo” y el “machismo” alientan a las mujeres a parecer sexualmente ingenuas y fieles, mientras que los hombres son alentados a demostrar su masculinidad por conductas que incluyen mayores libertades sexuales y el poder de tomar decisiones sobre sexo para la pareja^{4,32}. En definitiva, la literatura ha demostrado que los factores que modelan la autoeficacia en hombres y mujeres son determinantes importantes para el uso de preservativo. Las personas que tienen un alto sentido de autoeficacia del condón son propensas a usar condones, mientras que aquellos que tienen dudas sobre su capacidad de usar condones tienen menos probabilidades de hacerlo^{11,24}. La autoeficacia promueve

el uso del condón reduciendo por consiguiente el riesgo de gestación no deseada, adquisición de ITS y VIH. Por lo tanto, aumentar la autoeficacia sigue siendo una recomendación crucial para mejorar el uso del condón entre los jóvenes adultos ²⁴.

Escala de autoeficacia en el uso del preservativo.

Los distintos tipos de conceptualización de autoeficacia ha llevado a la existencia de una gama de escalas psicométricas que han permitido evaluarla en relación al uso del preservativo en las personas ^{8, 10, 11, 22, 24,28, 32}. Una de ellas es el “The Condom Use Self-Efficacy Scale” (abreviatura CUSES, en inglés), elaborada en 1991 por Linda Brafford y Kenneth Beck en Estados Unidos, quienes se propusieron desarrollar y validar una escala autoaplicable confiable en población universitaria, que midiera la autoeficacia basada en la teoría de Albert Bandura, es decir, las expectativas de una persona de tener éxito en todos los diversos aspectos de la obtención, uso, rechazo y negociación en el uso de condones con una pareja sexual ^{11,12,29}. Una revisión de la literatura de la época, un grupo de expertos y 183 estudiantes universitarios participaron en la construcción de la escala preliminar. Los dominios rescatados por los expertos fueron vergüenza, habilidades de comunicación y uso o disposición de preservativos; los estudiantes en cambio, identificaron 15 factores que influyeron en la autoeficacia hacia el uso del condón: 1. La experiencia personal con condones (éxito pasado), 2. Vergüenza de comprarlos, 3. El uso de alcohol en la disminución de las inhibiciones y de su uso, 4. El no querer ofender o insultar a la pareja al solicitarlo, 5. Reducir la emoción de la experiencia sexual, 6. El perder la espontaneidad al colocarlo, 7. Romper el estado de ánimo, interrumpir el momento, 8. No estar preparado, dificultad de recordar mantenerlos a mano, 9. Inseguridad de los sentimientos de la pareja sobre el uso, fracaso o falta de experiencia (los que lo utilizan son “sucios” o “enfermos”), 10. Vergüenza no específica, 11. Comunicación con el compañero, 12. Vergüenza de hablar sobre condones, 13. El compañero asustado se negará si se solicita el uso del condón, 14. La capacidad para mantener una erección con un condón y 15. Miedo de lo que otra persona pensara si se menciona el uso de condones (experiencias homosexuales pasadas). Posteriormente, se desarrollaron 28 ítems específicos de autoeficacia que cubrieran la profundidad y amplitud de los 15 factores enumerados. Para su respuesta, se elaboró una escala tipo Likert de 5 puntos, desde “totalmente en desacuerdo” calificado

como 0 puntos, a “totalmente de acuerdo” calificado con 4 puntos, con la excepción de 7 ítems que fueron redactados negativamente con calificación inversa. Finalmente, los puntajes se sumaron para producir una puntuación total que fluctuaba entre 0 a 112 puntos, con mayor puntaje los que indicaban mayor autoeficacia de uso del condón. En una muestra final de 768 estudiantes, la investigación mostró que CUSES era una escala consistente internamente y estable en el tiempo. El alfa de Cronbach fue de 0,91 y la confiabilidad test-retest de 0,81. CUSES se correlacionó convergentemente con otras escalas usadas en el medio como la Escala de Actitud hacia el Condón y la Escala de Autoeficacia Anticonceptiva para Mujeres y discriminantemente para la escala de Deseabilidad Social. Aquellos ítems que tuvieron los puntajes de autoeficacia más bajos fueron aquellos que trataron sobre una falta de confianza al hablar sobre el uso del condón con una pareja nueva o potencial antes de la actividad sexual, la falta de confianza derivada del miedo a ser catalogado como homosexual o estigma de padecer ITS, vergüenza por comprar condones, y la preocupación de que los condones redujera las sensaciones durante el coito. Los con puntajes más altos fueron el poder poner un condón y usarlo correctamente, discutir o persuadir el uso de condón con la pareja y uso de condón pudiendo mantener una erección. Las limitaciones que presentó este estudio es que no se utilizó una muestra aleatoria y la edad de los estudiantes, los cuales fueron mayoritariamente norteamericanos blancos y heterosexuales, fue entre 19 a 22 años, pudiendo no ser representativo en poblaciones de otras edades, etnias o minorías sexuales. Además el cuestionario dependió del autoinforme sobre comportamientos personales, lo que en el área de sexualidad puede ser complejo si no se cuidan las medidas de deseabilidad social y confidencialidad ¹¹. De todos modos, existen investigaciones a lo largo del globo que han utilizado CUSES para determinar y asociar la autoeficacia del uso del preservativo en relación a diversos factores, tales como características sociodemográficas, uso de sustancias, imagen corporal y capacidad de negociación, demostrando que son múltiples los factores que pueden explicar la autoeficacia para el uso del condón entre los adultos jóvenes ^{24, 30, 31,33}. CUSES ha sido validada en otros idiomas y se ha adaptado socioculturalmente en países como Etiopía, Ghana y Cuba, siendo este último el único país de habla hispana encontrado en la literatura que adaptó la escala original ¹²⁻¹⁴. Autores norteamericanos como Brien en 1994 y Barkley & Burns en el año 2000, por medio de los primeros análisis factoriales de la escala original y la determinación de factores para la selección de los ítems, han permitido medir la autoeficacia con CUSES según la periodicidad del uso del condón y en poblaciones de diverso perfil social, étnico y cultural respectivamente ^{15, 39}. Otros países como Portugal han

realizado una adaptación de una versión reducida de CUSES⁴⁰. México, inspirado en la teoría de Bandura, ha validado una escala de autoeficacia probada únicamente en Estados Unidos con población de riesgo en clínicas de tratamiento para personas con VIH/SIDA⁴¹. Paralelamente, se han realizado validaciones de otras escalas de autoeficacia basadas en la teoría de Bandura, inspiradas en la escala original de Brafford y Beck y adaptadas al idioma español para aquellas personas de habla hispana residentes en países angloparlantes ¹⁰⁻³². Cada uno de ellos ha probado la escala en diversos perfiles de población y realizado ajustes en relación a las técnicas de análisis estadísticos de confiabilidad y validez, además de la clasificación de factores según la perspectiva local de autoeficacia y la asignación del número de ítems, los cuales en algunas ocasiones han sido reducidos por ser considerados irrelevantes por motivos lingüísticos o por carga cultural, especialmente en aquellos países más conservadores ^{12-15, 40}.

Adaptación y Validación de Instrumentos de Medición en Salud.

Los test o cuestionarios son de gran utilidad en el quehacer diario de los profesionales, como una herramienta objetiva y económica fundamental en la toma de decisiones en salud. Su utilización particular proviene de cuestionarios inicialmente desarrollados en otros países y en idiomas preferentemente en inglés⁴². Sin embargo, la aplicación de un cuestionario simplemente traducido al idioma local no es suficiente, ya que si no se garantizan sus propiedades psicométricas de forma rigurosa puede conducir a una inadecuada interpretación del instrumento perdiendo su objetividad, produciendo errores en el diagnóstico de lo que se quiere medir y eventualmente en el diseño de políticas públicas, por lo que es necesario realizar además de la traducción, una adaptación lingüística cultural y validación⁴³. La Comisión Internacional de Test (ITC, en inglés), establece directrices a seguir para la correcta adaptación de test y cuestionarios, el cual tiene como objetivo “asegurar que el proceso de adaptación consiga con respecto a la prueba original el máximo nivel de equivalencia lingüística, cultural, conceptual y métrica posible” ⁴². En resumen, las directrices a cumplir son: 1. Consideraciones previas, el cual consiste en regularizar la autorización por parte del autor intelectual de la escala original y el plan de diseño del cuestionario a adaptar. 2. Desarrollo. Trata de la adaptación lingüística y cultural del test por medio de traducción directa, inversa y juicio de expertos que buscan garantizar que el

contenido en el cuestionario tenga un significado relevante para la población a la cual va dirigida, por medio de una prueba piloto obtenida de una muestra pequeña representativa.

3. Confirmación. En esta etapa se selecciona un tamaño de la muestra al cual se le aplica el cuestionario adaptado procediendo al análisis de las propiedades psicométricas por medio de estudios de confiabilidad y validez. Para que un instrumento se considere válido debe ser “fiable y capaz de medir sin error; ser capaz de detectar y medir cambios, tanto entre individuos como en la respuesta de un mismo individuo a través del tiempo; ser sencillo, viable y aceptado por pacientes, usuarios e investigadores; ser adecuado para medir el fenómeno que se pretende medir y reflejar la teoría subyacente en el fenómeno o concepto que se quiere medir”⁴³.

4. Aplicación, en donde se procura preparar materiales e instrucciones para que la aplicación del cuestionario no interfiera en la validez de éste.

5. Puntuación e Interpretación entre la escala original y la adaptada y

6. Documentación, en la cual debe ir registrado el proceso de adaptación y validación del cuestionario, entregando información exhaustiva de eventuales modificaciones claves y cambios del test original⁴².



Los preservativos masculinos son actualmente la tecnología disponible más accesible para prevenir VIH y otras ITS, así como embarazos no deseados entre personas sexualmente activas ⁸. No obstante, en términos de prevención, algunos estudios sugieren que un mayor conocimiento, en sí mismo, no es capaz de producir el cambio de comportamiento deseado en términos de salud sexual ^{28,29}, por lo que se hace imperante investigar además de la prevalencia, los factores que motivan el uso correcto y consistente de los condones masculinos ¹⁹. Los estudios que reflejan el uso de preservativo en el país no incluyen en sus objetivos profundizar en la periodicidad ni tampoco la forma de uso en los actos sexuales y los comportamientos reales que diferencian a hombres y a mujeres asociados a la actitud, motivación o la negociación del uso de condón con las parejas, limitando a los encargados de diseñar políticas preventivas en salud a dimensionar la gravedad del riesgo a los que la comunidad está expuesta ¹⁷. No se visualiza además en la revisión bibliográfica de este marco la existencia de cuestionarios con alta evidencia de validez en que hayan sido evaluadas las propiedades psicométricas y que puedan ser adaptadas a la realidad sociocultural chilena, que permitan medir la autoeficacia en el uso del condón masculino en los jóvenes ^{1,6}. El poder contar con un instrumento utilizado internacionalmente en población universitaria permite comparar, medir y evaluar aquellos factores que limiten el uso del preservativo masculino en la población joven chilena, además de acceder a promover la autoeficacia y, en particular, la autoeficacia del uso del condón, permitiendo a los profesionales de la salud anticipar las barreras que impiden a un o una joven no usar condones constantemente, integrando estrategias combinadas que concienticen el riesgo del sexo sin protección y establecer intervenciones que estimulen la negociación efectiva, asertividad, prevención de gestación no deseada, contagio de VIH e ITS, que brinden las herramientas para poder gozar de una salud sexual plena y placentera ^{11,19,28}.

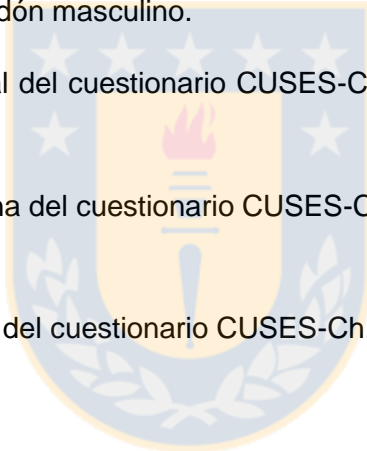
OBJETIVOS

Objetivo General:

Evaluar las propiedades psicométricas de la Escala de medición de Autoeficacia en el Uso del Condón Masculino, The Condom Use Self-Efficacy Scale, adaptada al contexto sociocultural chileno (CUSES- Ch), en población joven estudiante de la Universidad de Concepción, Campus Concepción, en el año 2021.

Objetivos Específicos:

- Describir las características sociodemográficas de jóvenes universitarios relacionado con el uso del condón masculino.
- Evaluar la estructura factorial del cuestionario CUSES-Ch como evidencia de validez de constructo.
- Evaluar la consistencia interna del cuestionario CUSES-Ch como evidencia de confiabilidad.
- Evaluar la Validez de criterio del cuestionario CUSES-Ch.



HIPÓTESIS

El Instrumento The Condom Use Self-Efficacy Scale, adaptado al contexto sociocultural chileno (CUSES- Ch), posee un alto nivel de evidencia en confiabilidad y validez que permite medir el nivel de autoeficacia en el uso del condón masculino en población joven universitaria chilena.

METODOLOGÍA

I. Tipo y Diseño De Estudio

Se realizó un estudio de Metodología Cuantitativa Observacional, corte Transversal, y de tipo Psicométrico.

II. Población y muestra

Jóvenes estudiantes de la Universidad de Concepción, Campus Concepción, que se encontraban ejerciendo el año académico 2021.

Por medio de muestreo no probabilístico por conveniencia se accedió en un período promedio de tres meses, a un número óptimo de estudiantes el cual, según la literatura referente a adaptación sociocultural y validación de escalas psicométricas, es de 10 aplicaciones por ítem. Si el instrumento CUSES original posee 28 preguntas, se requirió un mínimo de 280 estudiantes para su aplicación.

III. Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión:

Personas jóvenes mayores de 18 años, estudiantes universitarios de primer a sexto año de la Facultad de Medicina, perteneciente al campus Concepción de la Universidad de Concepción, que se encontraran en calidad de alumnos regulares del año académico 2021; que hubiesen iniciado actividad sexual y que tuvieran la capacidad de poder responder el cuestionario por internet.

Criterios de Exclusión

Estudiantes extranjeros de la facultad o que se encontraran de pasantía temporal en la casa de estudio, estudiantes que no hablaran ni comprendieran de forma óptima el español, estudiantes que no cumplieran con la aceptación de la ficha informativa y el consentimiento informado.

IV. Consideraciones Éticas

El desarrollo y ejecución de esta investigación contó con la aprobación del Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción (CEC) y la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción (Anexo n°1). Para poder participar de la investigación, se elaboró una ficha informativa al estudiante participante y consentimiento informado, el cual puede visualizarse en el Anexo n°2. Los elementos claves a destacar en el documento fueron explicitar la aprobación de los comités de ética para la ejecución del estudio, otorgar las instancias para aclarar dudas con respecto a éste, el carácter voluntario y los eventuales derechos como participante de la investigación, detallando que la abstención a participar no perjudicaría su rendimiento académico ni involucraría sanciones, garantizando explícitamente el manejo cuidadoso de los datos obtenidos y la confidencialidad de sus respuestas, además de la derivación a consejería profesional en caso de solicitarlo al involucrarse en el estudio. Al ser un tema íntimo y para asegurar que todos los estudiantes puedan acceder a información profesional respecto a conductas de estilos de vida saludables con respecto a los beneficios del uso del preservativo, la Investigadora Responsable en conjunto con Académicas del Departamento de Obstetricia y Puericultura de la universidad, ofrecieron talleres educativos a la Facultad de los estudiantes participantes finalizada la investigación en caso de requerirlos, a fin de potenciar en la comunidad universitaria, una conducta sexual responsable.

V. Instrumento de recogida de información: “The Condom Use Self-Efficacy Scale” (CUSES).

Los estudiantes respondieron el instrumento adaptado a la realidad sociocultural chilena denominado “CUSES- Ch”, el cual está inspirado en la escala original “The Condom Use Self-Efficacy Scale” (CUSES) ¹¹, creada por Brafford y Beck en 1991 (Anexo n°3). CUSES es una escala unidimensional creada en idioma inglés estadounidense autoaplicable de 28 ítems que mide la autoeficacia en el uso del condón en personas jóvenes. El formato de respuesta de la escala original es una escala tipo Likert la cual se asigna puntaje 0 (muy en desacuerdo) hasta 4 puntos (muy de acuerdo). Se dispone de 7 ítems redactados negativamente que se codifican de forma inversa resultando una puntuación total que

fluctúa entre 0 a 112 puntos, teniendo mayor puntaje los que indican mayor autoeficacia de uso del condón. El instrumento cuenta con aproximadamente 20 minutos para su realización y es de aplicación confidencial con una hoja de respuestas adjunta.

VI. Procedimiento

VI.1. Consideraciones Previas

Para poder realizar la adaptación y validación del cuestionario, se debió primeramente contar con la autorización de uno de sus autores originales, Dr. Kenneth Beck, quien vía correo electrónico respondió favorablemente a la solicitud de permiso para garantizar la autenticidad del cuestionario final (Anexo n°4).

VI.2. Desarrollo del test

Se desarrolló la redacción y evaluación exhaustiva de los ítems del test según la pertinencia lingüística y cultural, así como también la adaptación conceptual según la realidad temporal y generacional de los jóvenes universitarios, procurando mantener la estructura de la versión original por medio de las siguientes etapas:

Adaptación conceptual, lingüística y cultural: La traducción directa desde el inglés fue realizada por 2 traductoras bilingües independientes cuya lengua materna era castellano. Una traductora conocía el objetivo y tema de investigación y la otra no. El equipo de investigación sintetizó las traducciones y discutió sobre las discrepancias que pudieron haber aparecido. Posteriormente se realizó la traducción inversa desde el castellano y el mismo proceso descrito anteriormente por 2 traductores bilingües, cuya lengua materna o de crianza era inglés estadounidense. La síntesis de esta etapa puede visualizarse en el Anexo n°5.

Estudio piloto: Se seleccionaron 15 estudiantes de la escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Concepción que cumplieran con el perfil representativo de la muestra a estudiar y se les aplicó el cuestionario piloto en formato papel. En este proceso se buscó recoger apreciaciones relacionadas con la ejecución del cuestionario, adaptar el lenguaje de los ítems o esclarecer aquellas preguntas que no estuviesen del todo comprendidas, además de valorar el tiempo necesario para responderlas. Sólo un estudiante consideró que el tiempo para responder la encuesta era muy extenso y más de uno manifestó que

ciertas preguntas redactadas en forma negativa podrían causar confusión al responder. Las sugerencias fueron expuestas y editadas en el cuestionario final (Anexo n°6).

Frente a la incertidumbre de contar con la presencia de los jóvenes en el establecimiento de estudio debido a la contingencia sanitaria por COVID-19 se realizó el diseño del cuestionario final en formato online por medio de la plataforma Survey Monkey.

VII. Técnica de recogida de Información

Para acceder a la población objetivo y contando con el respaldo previo de Vicerrectoría, se solicitó vía correo electrónico a los(as) Jefes(as) de Carrera de la Facultad de Medicina del campus Concepción de la Universidad de Concepción, poder enviar vía INFODA, a través del ítem “Comunicados a Alumnos de Carrera”, la invitación a sus estudiantes a participar del estudio. Como las Jefaturas están en conocimiento de los estudiantes extranjeros que se encuentran de intercambio pudieron filtrar previamente a través de esta plataforma institucional a quienes no debía ir el mensaje. En el mensaje enviado a través de INFODA se explicó brevemente las características del estudio y el link con la visualización del consentimiento informado y la encuesta. Si el (la) estudiante cumplía con los criterios de inclusión y aceptaba participar, se accedía a las páginas siguientes del cuestionario con el instrumento a evaluar, de lo contrario, la página de forma automática se daba por finalizada una vez se rechazaba el consentimiento.

VIII. Plan de análisis de Datos.

El análisis de datos sociodemográficos y validez de criterio fueron realizadas con el programa SPSS versión 21.0. Se realizó análisis univariado descriptivo de las variables sociodemográficas. Para variables cualitativas se determinó frecuencia absoluta y porcentual y para cuantitativas, media con mínimo y máximo.

El análisis de validez de constructo fue realizado con el programa Mplus 8.6. Se realizó un análisis factorial confirmatorio (CFA) para evaluar la estructura factorial del instrumento. Con este fin, se compararon los ajustes a los datos de las soluciones internacionales de los instrumentos anteriormente publicados de los autores Brien (1994)³⁹ y Barkley & Burns (2000)¹⁵ en Estados Unidos, Asante-Doku (2010)¹³ en Ghana, Hernández (2011)¹² en Cuba

y Shaweno (2013)¹⁴ en Etiopía. El CFA se implementó usando el método de mínimos cuadrados ponderados por medias y varianza, *Weighted Least Squares With Means and Variances Adjusted* (WLSMV), debido a la naturaleza ordinal de los ítems.

Para evaluar el ajuste del modelo se calcularon cinco criterios: la prueba χ^2 , la que no obstante, por su potencia, tiende a rechazar modelos levemente mal especificados⁴⁴; el Índice de Ajuste Comparativo, *Comparative Fit Index*, (CFI); el Índice de Tucker-Lewis, *Tucker-Lewis Index*, (TLI); la raíz cuadrada de la media del error de aproximación, *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), con un intervalo de confianza del 90% y la Raíz Cuadrada Media Residual Estandarizada, *Standardized Root Mean-Square* (SRMR)⁴⁵. Se consideraron como valores de un buen ajuste los siguientes: CFI > 0,95, TLI > 0,95, RMSEA < 0,06 y SRMR < 0,08^{46,47} y como indicadores de un ajuste aceptable los siguientes: CFI > 0,90, TLI > 0,90, RMSEA < 0,10 y SRMR < 0,12⁴⁸.

Para evaluar la Consistencia Interna, se empleó el Coeficiente Omega de McDonald, que permite una estimación menos sesgada de la precisión de la medición que otros estadísticos⁴⁹.

Para el análisis de validez de criterio se había propuesto emplear los coeficientes de correlación de Pearson y prueba t de Student para variables cuantitativas y cualitativas respectivamente, según la normalidad de distribución. Sin embargo, dado que este supuesto no se cumplió, se empleó coeficiente de Spearman y U de Mann Whitney. Se consideró un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

RESULTADOS.

I. Datos sociodemográficos.

Los resultados de las variables sociodemográficas pueden visualizarse en la Tabla n°1. De una muestra inicial de 335 estudiantes, 287 cumplieron con la información óptima para el estudio, contando con el valor mínimo necesario para el análisis psicométrico del instrumento. El promedio de edad de los(as) encuestados fue de 22 años, en gran parte mujeres, siendo la mayoría provenientes de la carrera de Medicina (44%) y la carrera de Obstetricia y Puericultura (36%). En relación al consumo de sustancias, el 76% bebía alcohol, cuya mayor frecuencia fue de 1 a 5 veces al mes; el 24% informó que consumía algún tipo de droga, siendo la marihuana la más frecuente. En relación a las parejas sexuales, un 88% de los(as) estudiantes tuvo entre 1 a 5 parejas sexuales en un año, sin embargo, sólo el 46% afirma utilizar siempre el preservativo en sus relaciones sexuales. Un 74% había tenido su última relación sexual con una pareja estable. Respecto a la orientación sexual, un 74% se definió como heterosexual, un 21% como bisexual, un 4% como homosexual y un 1% se autodefinió con otro tipo de orientación. La descripción de la tabla con información sociodemográfica completa puede visualizarse en el Anexo n°7.

Tabla n°1. Datos sociodemográficos de estudiantes universitarios, Facultad de Medicina Campus Concepción, Universidad de Concepción.

Variable	Total	Media	Min	Max
Edad	284	22	18	50

Variable	f	%
Sexo		
Hombre	89	31
Mujer	198	69

Carrera		
Fonoaudiología	27	9
Kinesiología	5	2
Medicina	126	44
Obstetricia y Puericultura	102	36
Tecnología Médica	27	9

Consumo de Tabaco		
Sí	52	18
No	235	82

Consumo de Alcohol		
Sí	219	76
No	70	24
<hr/>		
Consumo de Drogas		
Sí	69	24
No	218	76
<hr/>		
N° de Parejas sexuales en el último año		
Menos de 1	27	9
De 1 a 5	252	88
> 5 a 10	7	3
> 10 a 15	0	0
>15	1	0
<hr/>		
Orientación sexual		
Heterosexual	213	74
Bisexual	59	21
Homosexual	12	5
Otro:		
Pansexual	1	0
Asexual	1	0
Demisexual	1	0
<hr/>		
Tipo de relación que se tiene con la pareja sexual actual		
Pareja estable en ese momento	213	74
Pareja esporádica u ocasional	46	16
Persona a la cual se acaba de conocer	9	3
Amigo	17	6
Otro	2	1
<hr/>		
Infecciones de Transmisión sexual (ITS)		
Sí	14	5
No	273	95
<hr/>		
Frecuencia de uso de preservativo		
Siempre	132	46
A veces	126	44
Nunca	29	10
<hr/>		
<i>Fuente: Elaboración propia.</i>		

II. Evaluación psicométrica del instrumento.

II.1 Estructura factorial y confiabilidad

Para el CFA se compararon los índices de ajuste de Brafford y Beck¹¹ de 1 factor, dado que el instrumento original no propone una diferenciación de factores, y las soluciones identificadas en población universitaria por Brien (1994)³⁹, por Barkley & Burns (2000) en Estados Unidos¹⁵, por Asante-Doku (2010) en Gana¹³, por Hernández (2011) en Cuba¹² y

por Shaweno (2013) en Etiopía¹⁴. La Tabla n°2 muestra la clasificación de factores e ítems por factor según cada autor.

Tabla n°2. Clasificación de factores e ítems por factor del instrumento CUSES según la adaptación de cada autor.

Autores	Factores	Ítems por factor
Brafford y Beck (1991) ¹¹ CUSES original	Unidimensional.	28 ítems
Brien (1994) ³⁹ EE.UU	1. Mecánica. 2. Desapruebo de la pareja. 3. Asertividad. 4. Intoxicantes.	1,11, 14,22 9,10,16,17,18 4,5,6 24,25,28
Barkley & Burns (2000) ¹⁵ EE.UU	1. Apropiación. 2. Infecciones de Transmisión sexual. 3. Reacción de la pareja.	1,2,3,14 16, 17,18 9,10,15
Asante- Doku (2010) ¹³ CUSES- G	1. Apropiación. 2. Asertividad. 3. Placer e Intoxicantes. 4. Infecciones de Transmisión sexual.	8, 14,20,21,27 4,5,6 23,24,25 16,17,18
Hernández, (2011) ¹² Cuba	1. Colocación del condón. 2. Aprobación de la pareja. 3. Asertividad. 4. Uso del condón bajo la influencia de sustancias.	1,2,3,7,8,11,14,15,19,20,21,22 9,10,11,17,18 4,5,6,12,13,25,26 23,24
Shaweno (2013) ¹⁴ CUSES- E	1. Asertividad. 2. Miedo al rechazo de la pareja. 3. Control de tóxicos.	4,5,6,13 16,17,18 24,25

Fuente: Elaboración propia.

En el CFA, el χ^2 rechazó el ajuste en todos los casos. En tanto, el RMSEA y su intervalo de confianza al 90% indicaron un ajuste aceptable aunque no bueno para las soluciones de Brien (1994), Barkley & Burns (2000), Asante-Doku (2010) y Hernández (2011). El SRMR, por su parte fue aceptable en todos los casos, pero mostró ser adecuado en las soluciones de Brien (1994), Barkley & Burns (2000), Asante-Doku (2010) y Shaweno (2013). Finalmente, el CFI y el TLI fueron adecuados en la solución de Barkley y Burns (2000) y Shaweno (2013), y aceptables en la solución de Asante-Doku (2010), mientras que en la

solución de Brien (1994), el CFI mostró ser bueno mientras el TLI fue aceptable. En este sentido, fue la solución de Barkley & Burns (2000) de tres factores, considerando 10 ítems, la que mostró mejor ajuste entre todas las soluciones.

Tabla n°3. Índice de ajuste de los modelos de análisis factorial confirmatorio para las escalas de Autoeficacia en el uso del Condón.

	gl	χ^2	RMSEA (IC 95%)	SRMR	CFI	TLI
28 ítems en 1 factor Brafford y Beck (1991) ¹¹ CUSES original	350	1348,748*	0,100 (0,094-0,105)	0,109	0,845	0,833
15 ítems en 4 factores Brien (1994) ³⁹	84	243,472*	0,081 (0,070-0,093)	0,069	0,952	0,941
10 ítems en 3 factores Barkley & Burns (2000) ¹⁵	45	78,764*	0,071 (0,052-0,091)	0,054	0,976	0,966
14 ítems en 4 factores Asante-Doku (2010) ¹³	71	224,474*	0,087 (0,074-0,100)	0,063	0,949	0,935
26 ítems en 4 factores Hernández (2011) ¹²	293	976,764*	0,090 (0,084-0,096)	0,095	0,874	0,860
9 ítems en 3 factores Shaweno (2013) ¹⁴	24	90,571*	0,098 (0,077-0,120)	0,068	0,969	0,954

Fuente: Elaboración propia. Nota: * indica un valor $p < 0,001$; N.S indica un χ^2 estadísticamente significativo.

La solución de Barkley & Burns (2000) se muestra en la Figura n°1, mostrando una elevada correlación entre los últimos dos factores.

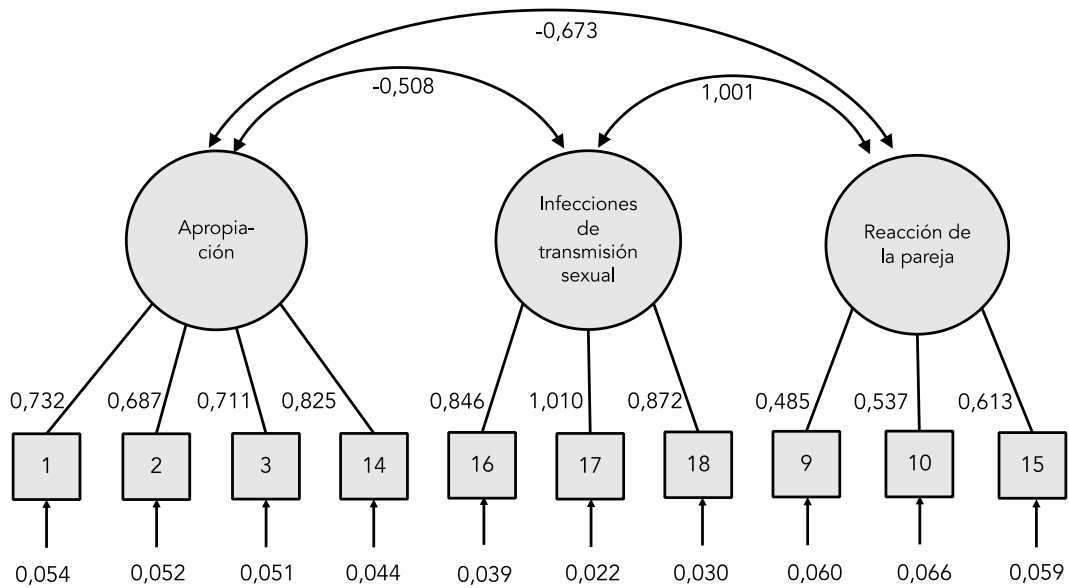


Figura n°1. Análisis factorial confirmatorio para la escala CUSES- Ch considerando el modelo de tres factores de Barkley & Burns (2000). Fuente: Elaboración propia.

Luego se calculó la confiabilidad de los tres factores de esta solución, cuyos coeficientes Omega de McDonald pueden observarse en la Tabla n°4. En este caso, se puede observar que la confiabilidad del factor Reacción de la Pareja muestra una baja precisión de las mediciones.

Tabla n°4. Confiabilidad de los factores de la escala Cuses- Ch según modelo de Barkley & Burns (2000).

	ω
Apropiación	0,83
Infecciones de Transmisión Sexual	0,94
Reacción de la Pareja	0,56

Fuente: Elaboración propia.

Ante este resultado, se procedió a evaluar la estructura factorial de la siguiente solución de mejor desempeño, la de Brien (1994), que propone cuatro factores para 15 de los ítems del instrumento, y que mostró buen ajuste en sus índices SRMR y CFI, y aceptables para el RMSEA y el TLI, la cual se puede apreciar en la Figura n°2.

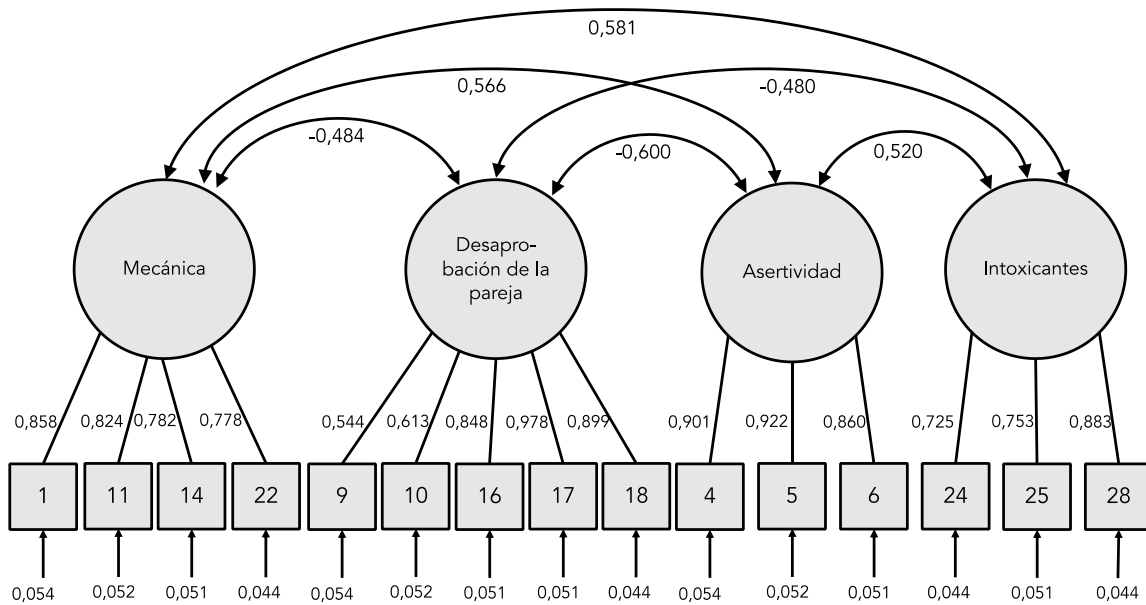


Figura n°2. Análisis factorial confirmatorio para la escala Cuses- Ch considerando el modelo de cuatro factores de Brien (1994). Fuente: *Elaboración propia.*

Al calcular la confiabilidad de esta solución se puede observar que los cuatro factores muestran una adecuada precisión de la medición.

Tabla n°5. Confiabilidad de los factores de la escala Cuses- Ch según modelo de Brien (1994).

	ω
Mecánica	0,83
Desaprobación de la pareja	0,89
Asertividad	0,92
Intoxicantes	0,83

Fuente: *Elaboración propia.*

II.II Validez de criterio

Previo a evaluar la validez de criterio, se realizó un análisis estadístico descriptivo de los factores identificados en el instrumento, identificándose una alta asimetría negativa y curtosis en dos de los factores del instrumento. Por este motivo, los análisis bivariados se realizaron empleando estadística no paramétrica.

Tabla n°6. Análisis descriptivo de la escala CUSES- Ch en Estudiantes Universitarios Facultad de Medicina Campus Concepción, Universidad de Concepción.

	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Asimetría</i>	<i>Curtosis</i>
Mecánica	7,00	20,00	17,57	2,66	-1,34	1,65
Desaprobación de la pareja	5,00	15,00	7,10	2,36	0,98	0,26
Asertividad	3,00	15,00	14,31	1,51	-3,91	22,27
Intoxicantes	4,00	15,00	12,31	2,21	-0,49	-0,04

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las diferencias por sexo, sólo se encontró diferencias estadísticamente significativas en Mecánica ($Z=-4,06$; $p<0,001$) e Intoxicantes ($Z=2,19$; $p<0,05$), en donde los hombres obtenían puntajes superiores a las mujeres. Al evaluar la correlación con la frecuencia del uso del condón, se encontró que un uso más frecuente de éste presentaba relaciones directas y estadísticamente significativas con los factores de Asertividad e Intoxicantes, las cuales pueden visualizarse en la Tabla n°7.

Tabla n°7. Correlación rho de Spearman entre los puntajes de la escala Cuses- Ch y la frecuencia de uso de condón en Estudiantes Universitarios Facultad de Medicina Campus Concepción, Universidad de Concepción.

	<i>Frecuencia de uso de condón</i>
Mecánica	0,101
Desaprobación de la pareja	<0,001
Asertividad	0,234***
Intoxicantes	0,174**

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al tipo de relación que se tiene con la pareja sexual actual, la pregunta fue dicotomizada entre quienes tenían una relación de pareja estable y quienes no la tenían. Al hacerlo, sólo se encontró diferencias en el factor Mecánica, donde quienes tenían pareja estable obtenían mayores puntajes ($Z=-2,95$; $p<0,01$). No se encontró diferencias entre quienes habían padecido y quienes no habían padecido Infecciones de Transmisión Sexual.

En cuanto a las diferencias en el consumo de sustancias nocivas, no se encontró diferencias asociadas al consumo de tabaco, pero sí al consumo de alcohol y de drogas. De esta forma, quienes consumían alcohol presentaban mayores puntajes en Mecánica ($Z=-2,00$; $p<0,05$) e Intoxicantes ($-3,87$; $p<0,05$), y menor puntaje en Desaprobación de la pareja ($Z=-2,34$; $p<0,001$). Por su parte, quienes consumían drogas, también presentaban mayores puntajes en Mecánica ($Z=-2,84$; $p<0,01$) e Intoxicantes ($Z=2,96$; $p<0,05$), y menor puntaje en Desaprobación de la pareja ($Z=-2,96$; $p<0,01$).



DISCUSION

La escala final CUSES- Ch puede visualizarse en el Anexo n°8. Ésta cuenta con 15 ítems, 5 de ellos calificados de forma inversa, el cual entrega un puntaje que va de 0 a 60 puntos, siendo su mayor puntaje, mayor nivel de autoeficacia. Este estudio es considerado pionero en el país al presentar evidencia estadística de confiabilidad y validez de un instrumento que permita medir la autoeficacia en el uso del condón masculino en jóvenes universitarios chilenos.

Si bien, la solución de 3 factores y 10 ítems de Barkley & Burns del año 2000 fue la que mostró el mejor ajuste estadístico entre todas las soluciones del CFA, entre los factores Infecciones de transmisión sexual y Reacción de la Pareja mostraron una elevada correlación, lo que podría afectar la correcta interpretación de las respuestas, no pudiendo medir de forma adecuada los componentes que construyen la autoeficacia en el uso de condón de forma individualizada. Además, en el análisis de confiabilidad se puede observar que la confiabilidad del factor Reacción de la Pareja muestra una baja precisión de las mediciones. Por otro lado, la segunda estructura factorial de mejor desempeño, la de Brien de 1994, se pudo observar que sus cuatro factores mostraron una adecuada precisión medición y por ende, mejor evidencia de confiabilidad.

Siguiendo la estructura de Brien, en cuanto a las diferencias por sexo, se encontró diferencias estadísticamente significativas en el factor “Mecánica”, en donde los hombres obtuvieron puntajes superiores a las mujeres. Este factor trata sobre la confianza para llevar a cabo uso o manipulación del condón en un encuentro sexual³⁹, por lo que al parecer, serían los varones los que estarían más acostumbrados a su adquisición y posesión que las mujeres. Esto podría apoyar la idea que los aspectos mecánicos del uso de un condón actualmente en los jóvenes ya no serían barreras importantes para su uso real, y que los programas de prevención deberían ir hoy en día más allá de la obtención o enseñanza de la colocación del condón, sino de los diversos factores que influyen en la decisión final en el uso de éste, además de empoderar con enfoque de género, especialmente a las mujeres, a su adquisición y manipulación.

Al evaluar la correlación de los puntajes de CUSES- Ch con la frecuencia de uso del condón, se encontró que un uso más frecuente de éste presentaba relaciones estadísticamente significativas con el factor “Asertividad”. La asertividad es tener la confianza para poder

comunicarse hábilmente y expresar la opinión de manera honesta y clara sin vulnerar el derecho del otro sobre el deseo de querer usar un preservativo³⁹. Estos hallazgos fueron compartidos por todos los autores comparados ^{12-15,39}, los cuales sustentan el concepto de la autoeficacia en relación al uso del condón, donde se estipula que entre más confianza tenga un individuo en su capacidad de practicar sexo seguro en situaciones adversas, más control tendrán sobre sí mismo y los demás, permitiendo influir en los otros planteándoles las ventajas de usar un condón como prevención de la gestación e ITS. Por el contrario, aquellos considerados como menos autoeficaces, tendrán dificultades en sugerir el uso de condón frente a una pareja sea conocida como una nueva¹¹.

En cuanto al tipo de relación que se tiene con la pareja sexual actual, se encontró que quienes tenían pareja estable obtenían mayores puntajes el factor “Mecánica”. Contradictoriamente, algunos estudios podrían discutir que aquellos que tienen pareja estable no se verían en la necesidad de usar preservativo^{18, 25}, sin embargo, tal cual como lo exponen otras teorías, aquellos que lo usan podrían tener una relación de pareja en donde sus participantes cuentan con un alto nivel de autoeficacia, con cercanía física, vínculo afectivo, comunicación y capacidad de negociación, mejorando la actitud mutua hacia el uso de preservativo ^{5,27}. Queda como desafío para los que realizan intervenciones educativas en salud sexual, enfatizar en enseñar estrategias de comunicación y negociación efectiva para aquellas personas que no poseen parejas estables y puedan usarlo como forma de autocuidado, especialmente en la prevención de transmisión de VIH/SIDA e ITS.

En relación al consumo de sustancias, quienes consumían alcohol y drogas presentaban mayores puntajes de autoeficacia en los factores “Mecánica” e “Intoxicantes” y menor puntaje en el factor “Desaprobación de la Pareja”. El factor “Intoxicantes” se refiere la confianza del individuo en el uso de un condón mientras está bajo la influencia del alcohol, droga o pasión del momento en el encuentro sexual. El factor “Desaprobación de la Pareja” tiene relación con confianza de la persona para lidiar con un eventual rechazo por parte de una pareja que no desee usar un condón³⁹. Si bien se sabe que el consumo de alcohol y drogas altera las decisiones con respecto al comportamiento sexual seguro, los hallazgos relacionados al factor “Mecánica” podrían concordar con lo expuesto por Davis en su estudio publicado el año 2014, el cual señala que el consumo severo de alcohol podría mejorar la seguridad sexual en la toma de decisiones, pero sólo para aquellas personas con un alto nivel de autoeficacia³³. Cabe preocuparse por aquellos que, por el contrario, con

menor autoeficacia no tendrían la capacidad de negociar de manera efectiva el uso de preservativo bajo la influencia del alcohol y/o las drogas. Por otro lado, Brien encuentra en su estudio que aquellas personas que usan el preservativo de forma esporádica también eran mayores consumidores de alcohol³⁹. Este es un factor que merece ser investigado en nuestro país. Según la Encuesta Nacional de Salud 2016-17, el consumo riesgoso de alcohol en promedio en Chile fue de un 11,7 %, siendo ampliamente superior en hombres (20,5%) que en mujeres (3.3%)⁶. Si se analiza la ingesta por edad, los adolescentes y adultos jóvenes entre 15 y 24 años beben más que el resto de la población (14,4%), seguido por la población de 25 a 44 años. En relación al consumo de sustancias ilícitas, el Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General publicado el año 2018 por el Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), señala que la proporción de usuarios de marihuana en el último año es de un 12,7%, representando la segunda cifra más alta de toda la serie de estudios aplicados en el país⁵⁰. Esta situación puede afectar grandemente a aquellos jóvenes que, además de consumir sustancias, puedan poseer bajos niveles de autoeficacia, donde podrían tener miedo a ser juzgados por sus parejas e interferir con la capacidad de negociación del uso del condón. Estos factores de riesgo son de suma importancia para ser trabajados, particularmente en mujeres, dado que como componente adicional, se le agrega el ser víctimas más frecuentemente de violencia de género, en donde la presión por medio de técnicas coercitivas por parte de sus parejas puede llevar finalmente a evitar el uso del condón^{37, 38}.

Finalmente, no se encontraron diferencias entre quienes habían padecido y quienes no habían padecido Infecciones de Transmisión Sexual, lo cual podría ser explicado por la baja frecuencia encontrada en la muestra obtenida para este estudio.

Cabe destacar que todos los autores expuestos en este análisis que adaptaron la escala en sus respectivos países, utilizaron distintos criterios para decidir la conservación o bien la eliminación de uno o varios ítems del instrumento original. Por un lado, Brien y Barkley & Burns utilizaron criterios estadísticos relacionados al valor de carga de los ítems a cada factor designado (carga de factor $>.45$ en el factor designado y $<.35$ en los otros factores)^{15, 39} y por otro, autores como Asante y Shaweno en Ghana y Etiopía respectivamente, consideraron la eliminación de ciertos ítems por diferencias culturales o bien por no ser considerados relevantes en su contexto social^{13,14}. Sin ir más lejos, Shaweno en Etiopía no logra mantener el factor “Apropiación” expuesto por Barkley & Burns y Asante en Ghana,

el cual está asociado a la posesión del condón, porque en el contexto etíope existe una alta condena social por la carga religiosa que significa ser visto comprando o usando condones masculinos¹⁴. En el caso de Hernández en Cuba, ocupan el mismo criterio de selección, por motivos socioculturales, para eliminar el ítem n°16 que habla del rechazo a usar preservativo por miedo a tener un pasado homosexual ¹². Dado que en el contexto joven sociocultural chileno, especialmente el universitario, se aprecia cada vez más abierto a las minorías sexuales, se pensó que el análisis psicométrico de CUSES- Ch sustentaría también la eliminación de este ítem, pero no fue el caso. Quedaría abierta la discusión sobre si sería pertinente o no la conservación de este ítem y si generaría o no una carga ofensiva para aquellas personas de orientación sexual no heterosexual a las que se les pueda aplicar este instrumento en un futuro. Pese a todo, se propone evidencia suficiente de que la simple traducción de un instrumento al idioma local no es suficiente, y de la importancia de aplicar estricta adaptación sociocultural y evaluación de propiedades psicométricas a aquellos instrumentos que quieran ser aplicados en el país, dado que las inclinaciones y necesidades percibidas por las personas varían según el contexto local y se ven reflejados en las distintas estructuras de ítems y factores de cada instrumento.



CONCLUSION

La escala CUSES- Ch se adecuó finalmente según la estructura factorial de Brien de 1994, la cual fue la segunda que mostró el mejor ajuste estadístico entre todas las soluciones del CFA, y la que sus cuatro factores mostraron una precisión más adecuada de medición, y por ende, mejor evidencia de confiabilidad.

Pese a que no se logra alcanzar los niveles altos de evidencia, se puede decir que el Instrumento The Condom Use Self-Efficacy Scale, adaptado al contexto sociocultural chileno (CUSES- Ch), posee un adecuado nivel de evidencia en confiabilidad y validez que permite medir el nivel de autoeficacia en el uso del condón masculino en población joven universitaria chilena, contando con la base de un instrumento pionero en el país al cual se le realizaron análisis de sus propiedades psicométricas y se presentó evidencia estadística sólida de confiabilidad y validez que le permite ser utilizado en la población estudiada.

Se puede concluir que la autoeficacia en el uso del condón es un constructo multifactorial donde convergen múltiples componentes que pueden influir en la decisión de usar o no un preservativo, y como tal, para mejorarla, los programas destinados al fomento de su uso para la prevención de una gestación no deseada y principalmente para prevención de adquisición de VIH y otras ITS deben poner énfasis en detectar qué dimensiones son las más necesarias a abordar en un grupo específico de individuos para aumentar dicha autoeficacia, principalmente centrados en los 2 ejes principales que son los personales y los relacionados a la dinámica de relación de pareja; y por medio de una intervención personalizada, las personas puedan adquirir habilidades operativas en asertividad, comunicación, negociación y resolución de conflictos consigo mismo y con otros, teniendo oportunidades para practicar y perfeccionar estas herramientas para aumentar la probabilidad de éxito en sus próximos encuentros sexuales.

PROYECCIONES

CUSES- Ch es una escala que posee la evidencia estadística suficiente para ser utilizada en el área social, salud, educación o cualquier organismo público o privado en donde se desee observar las necesidades que jóvenes universitarios chilenos tengan con respecto a fortalecer la autoeficacia para el uso correcto y consistente del condón masculino en el tiempo, o bien planificar intervenciones focalizadas según grupos de riesgo que aborden esta temática.

Este estudio, por medio del recogimiento de datos complementarios al cuestionario, además entrega información adicional que permite observar el comportamiento que actualmente los jóvenes universitarios tienen con respecto a la relación, adquisición, material usado y manipulación del condón masculino (Anexo n°7). Próximos estudios son requeridos, idealmente de forma periódica y estandarizada, para poder recoger información a mayor escala y profundidad y su interpretación pueda generar impacto a mayor cantidad de población.

CUSES- Ch puede ser además, la base para un nuevo instrumento que germine de la realidad local en donde se integren otros factores que tributen a los nuevos desafíos que los jóvenes actuales consideren necesarios para poder hacer un uso efectivo del condón en los encuentros sexuales.

Futuros estudios más complejos del tipo cualitativo podrían desarrollarse para explorar a mayor profundidad dimensiones desconocidas sobre los miedos o limitaciones que las personas tienen sobre el uso del condón masculino.

Contar con CUSES- Ch permite tener una mirada de la realidad joven chilena con respecto a la autoeficacia en el uso de condón, la cual puede ser comparada con las realidades de otros países y generar instancias de compartir información valiosa que permita extraer estrategias y recursos que logren tener éxito en otros territorios sobre promoción y prevención en estilos de vida saludable en salud sexual y reproductiva.

LIMITACIONES

La contingencia sanitaria provocada por la pandemia por COVID- 19 generó algunas limitaciones en el estudio. Dado a la incertidumbre de la pandemia no se pudo contar con la presencialidad de los estudiantes, generando dificultad en el acceso a sus respuestas, por lo que el cuestionario tuvo que ser enviado vía correo electrónico, generando filtros estrictamente meticulosos para impedir eventuales respuestas provenientes de individuos ajenos a la universidad y a los criterios de inclusión. Paralelamente, la falta de presencialidad dificultó las gestiones de difusión del cuestionario tanto para los estudiantes como para los docentes y autoridades de otras facultades de la universidad, por lo que sólo se pudo realizar el estudio en la Facultad de Medicina. Al ser una muestra recogida por conveniencia pueden existir algunas limitaciones con respecto a la interpretación de resultados dado que los estudiantes de la Facultad de Medicina tendrían mayores conocimientos de salud, especialmente si a salud sexual se refiere. Además, todo estudio relacionado a observar datos que se relacionen con la intimidad de las personas puede tener conflictos en las respuestas con respecto a cumplir con la deseabilidad social. Este estudio fue aplicado a estudiantes universitarios en su mayoría entre 18 y 26 años por lo que futuras investigaciones son necesarias para determinar si sus resultados son proyectados a otras realidades étareas o sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de Desarrollo Social, Gobierno de Chile. Novena Encuesta Nacional de La Juventud. [Internet]. Santiago, Chile. Instituto Nacional de la Juventud, 2018 [Consultado el 29 de junio del 2020]. Disponible en: http://www.injuv.gob.cl/storage/docs/IX_ENCUESTA_NACIONAL_DE_LA_JUVENTUD_2018.pdf
2. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Normas Nacionales Sobre Regulación de la Fertilidad [Internet]. Santiago, Chile. Ministerio de Salud, 2018. [Consultado el 02 de junio del 2019]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.30_NORMAS-REGULACION-DE-LA-FERTILIDAD.pdf
3. O'Neal J, Berteau L. Revitalizing Condom-Centered HIV Prevention Strategies. *Curr HIV/AIDS Rep* [Internet] 2015 [Consultado el 26 de septiembre del 2019]; 12(1):139-144. Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84925511998&origin=resultslist&sort=plf-f&src=s&st1=Revitalizing+Condom-Centered+HIV+Prevention+Strategies&st2=&sid=5e5ea342b91395e3b968f9829542668b&sot=b&sdt=b&sl=69&s=TITLE-ABS-KEY%28Revitalizing+Condom-Centered+HIV+Prevention+Strategies%29&relpos=0&citeCnt=2&searchTerm=>
4. Alvarez C, Bauermeister J, Villarruel A. Sexual Communication and Sexual Behavior Among Young Adult Heterosexual Latinos. *J Assoc Nurses AIDS Care* [Internet] 2014 [Consultado el 11 de septiembre del 2019]; 25 (6): 577 -588. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1055329014001381>
5. Ramírez-Correa P, Ramírez-Santana M. Predicting Condom Use among Undergraduate Students Based on the Theory of Planned Behaviour, Coquimbo, Chile, 2016. *Int J Environ Res Public Health* [Internet] 2018 [Consultado el 22 de septiembre del 2019]; 15(8): 1-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30096795234-reeusp-49-03-0364.pdf>
6. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, Primeros Resultados. [Internet]. Santiago, Chile. Ministerio de Salud, 2017 [Consultado el 02 de junio del 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp->

content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf

7. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile, 2016. [Internet]. Santiago, Chile. Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología 2018. [Consultado el 05 de Mayo del 2020]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/10/Situacion_ITS_2016.pdf
8. Wright J. International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences [Internet]. USA: Elsevier; 2015. [Consultado el 11 de septiembre del 2019]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780080970868141248>
9. Ribeiro M, Rodrigues V, D'Onofrio C, Dos Santos M, Spindola T, Machado D. Condom use among participants of the Carnival - gender perspective. Esc Anna Nery [Internet] 2016 [Consultado el 03 de junio del 2019]; 20 (1): 106-113. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/en_1414-8145-ean-20-01-0106.pdf
10. Gil-Llario M, Morell-Mengual V, Ruiz-Palomino E, Ballester-Arnal R. Factorial Structure and Psychometric Properties of a Brief Scale of the Condom Use Self-Efficacy for Spanish-Speaking People. Health Educ Behav [Internet] 2019 [Consultado el 25 de noviembre del 2019]; 46(2):295-303. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30336694>
11. Brafford L, Beck K. Development and validation of a condom self-efficacy scale for college students. J Am Coll Health [Internet] 1991 [Consultado el 01 de noviembre del 2019]; 39(5):219-225. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1783705>
12. Hernández A, López M. Adaptación transcultural de la escala para medir autoeficacia en el uso del condón masculino. Index Enferm [Internet] 2011 [Consultado el 25 de noviembre del 2019] 20(3):194-198. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000200012
13. Asante K, Doku P. Cultural adaptation of the Condom Use Self Efficacy Scale (CUSES) in Ghana. BMC Public Health [Internet] 2010 [Consultado el 30 de noviembre del 2019] 10 (227): 1-7. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Cultural+adaptation+of+the+Condom+Use+Self+Efficacy+Scale+\(CUSES\)+in+Ghana](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Cultural+adaptation+of+the+Condom+Use+Self+Efficacy+Scale+(CUSES)+in+Ghana).

14. Shaweno D, Tekletsadik E. Validation of the condom use self-efficacy scale in Ethiopia. BMC Int. Health Hum. Rights [Internet] 2013 [Consultado el 30 de noviembre del 2019] 13 (22): 1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Validation+of+the+condom+use+self-efficacy+scale+in+Ethiopia>
15. Barkley T, Burns J. Factor analysis of the Condom Use Self-Efficacy Scale among multicultural college students. Health Educ. Res. [Internet] 2000 [Consultado el 25 de noviembre del 2019] 15 (4): 485–489. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11066465>
16. Davis K, Gulati N, Neilson E, Stappenbeck C. Men’s Coercive Condom Use Resistance: The Roles of Sexual Aggression History, Alcohol Intoxication, and Partner Condom Negotiation. Violence Against Woman [Internet] 2018. [Consultado el 03 de junio del 2019]; 24 (11): 1349-1368. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30078371>
17. Rodriguez-Diaz C, Collazo E, Dodge B, Roman-Rivera A, Candelaria-Rosa E, Colon-Colon M, et.al. “Sexplorando”: Sexual Practices and Condom Use among an Internet-Based Sample of Men and Women in Puerto Rico. J Sex Med [Internet] 2014. [Consultado el 02 de junio del 2019]; 11(10): 2385-2395. Disponible en: [https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095\(15\)30574-9/fulltext](https://www.jsm.jsexmed.org/article/S1743-6095(15)30574-9/fulltext)
18. Higgins J, Smith N, Sanders S, Schick V, Herbenick D, Reece M, et al. Dual method use at last sexual encounter: a nationally representative, episode-level analysis of US men and women. Contraception [Internet] 2014 [Consultado el 11 de septiembre del 2019]; 90 (4) 399–406. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010782414003035>
19. Martínez J, Parada L, Castro Z. Prevalencia de Uso de Condón en todas las Relaciones Sexuales con Penetración durante los últimos Doce Meses y Factores Asociados en Estudiantes Universitarios entre 18 Y 26 Años. Revista Universidad y Salud [Internet] 2014. [Consultado el 02 de junio del 2019]; 16 (2): 198-206. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v16n2/v16n2a07.pdf>

20. Nascimento E, Fernandes M, Alchieri J. Adesão ao uso da camisinha: a realidade comportamental no interior do nordeste do Brasil. *Rev Salud Publica (Bogotá)* [Internet] 2017 [Consultado el 22 de septiembre del 2019]; 19 (1): 39-44. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rsap/2017.v19n1/39-44/pt>
21. Camacho D, Pabón Y. Percepciones que Afectan Negativamente el uso del Condón en Universitarios de la Costa Caribe Colombiana. *Revista Hacia la Promoción de la Salud* [Internet] 2014. [Consultado el 02 de junio del 2019]; 19 (1): 54-67. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v19n1/v19n1a05.pdf>
22. Uribe J, Bahamón M, Reyes L, Trejos A, Alarcón Y. Percepción De Autoeficacia, Asertividad Sexual y Uso del Condón en Jóvenes Colombianos. *Acta Colomb Psicol* [Internet] 2016. [Consultado el 02 de junio del 2019]; 20 (1): 203-211. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v20n1/es_0123-9155-acp-20-01-00212.pdf
23. Nesoff E, Dunkle K, Lang D. The Impact of Condom Use Negotiation Self-Efficacy and Partnership Patterns on Consistent Condom Use Among College-Educated Women. *Health Educ Behav* [Internet] 2015 [Consultado el 11 de septiembre del 2019]; 43(1): 61-67. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-26194206>
24. Ajayi A, Olamijuwon E. What predicts self-efficacy? Understanding the role of sociodemographic, behavioural and parental factors on condom use self-efficacy among university students in Nigeria. *PLoS ONE* [Internet] 2019 [consultado el 25 de septiembre del 2019]; 4(8): 1-19. Disponible en: http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=8&SID=8DKeKhzQ2QOrmPDmDz7&page=1&doc=3
25. Gutierrez E, Pinto V, Basso C, Spiassi A, Lopes M, Barros C. Factors associated with condom use in young people, A population-based survey. *Rev Bras Epidemiol* [Internet] 2019 [Consultado el 25 de noviembre del 2019]; 2019(22): 1-14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31038615>
26. Andrews C, Fixelid E, Sychaerun V, Phrasisombath K. Determinants of consistent condom use among female sex workers in Savannakhet, Lao PDR. *BMC Womens Health* [Internet] 2015 [Consultado el 11 de septiembre del 2019]; 15 (63): 1-8. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-26286602>

27. Milhausen R, McKay A, Graham G, Sanders S, Crosby R, Yarber W, et.al. Do Associations Between Pleasure Ratings and Condom Use During Penile–Vaginal Intercourse Vary by Relationship Type? A Study of Canadian University Students. *J Sex Res* [Internet] 2017 [Consultado el 11 de septiembre del 2019]; 55(1):21-30. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28358218>
28. Patrão A, McIntyre T. Socio-demographic, Marital, and Psychosocial Factors Associated with Condom Use Negotiation Self-Efficacy Among Mozambican Women at Risk for HIV Infection. *Int J Behav Med* [Internet] 2017 [Consultado el 11 de septiembre del 2019]; 24(6): 846-855. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-28831688>
29. Bandura A. Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Eval Program Plann* [Internet] 1990 [Consultado el 09 de diciembre del 2019]; 3(1): 9-17. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/014971899090004G>
30. Blashill A, Safren S. Body dissatisfaction and condom use self-efficacy: A meta-analysis. *Body Image* [Internet] 2015 [Consultado el 22 de septiembre del 2019]; 12:73–77. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1740144514001351?via%3Dihub>
31. Asante K, Osafo J, Doku P. The Role of Condom Use Self-Efficacy on Intended and Actual Condom Use Among University Students in Ghana. *J Community Health* [Internet] 2015 [Consultado el 25 de noviembre del 2019]; 41(1):97-104. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26233713>
32. McCabe B, Schaefer N, Gattamorta K, Villegas N, Cianelli R, Mitrani V, et.al. Development and psychometric evaluation of a condom use self-efficacy measure in Spanish and English. *HIV Clin Trials* [Internet] 2016 [Consultado el 25 de noviembre del 2019]; 17(5): 212-217. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5062954/>

33. Davis K, Masters T, Eakins D, Danube C, George W, Norris J, et.al. Alcohol intoxication and condom use self-efficacy effects on women's condom use intentions. *Addict Behav* [Internet] 2014 [Consultado el 25 de noviembre del 2019] 39 (1): 153–158. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306460313002888>
34. Sanders S, Hill B, Janssen E, Graham C, Crosby R, Milhausen R, et.al. General Erectile Functioning among Young, Heterosexual Men Who Do and Do Not Report Condom-Associated Erection Problems (CAEP). *J Sex Med* [Internet] 2015 [Consultado el 2 de junio del 2019]; 12(9):1897-904. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26279414>
35. Eleftheriou A, Bullock S, Graham C, Sparling S, Ingham R. Does attractiveness influence condom use intentions in heterosexual men? An experimental study. *BMJ Open* [Internet] 2016 [Consultado el 25 de septiembre del 2019]; 6 (6): 1-10. Disponible en: http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=8&SID=8DKeKhzQ2QOrmPDmDz7&page=8&doc=375&cacheurlFromRightClick=no
36. Eleftheriou A, Bullock S, Graham C, Sparling S, Ingham R. Does attractiveness influence condom use intentions in women who have sex with men? *PLoS ONE* [Internet] 2019 [consultado el 25 de septiembre del 2019]; 14(5): 1-13. Disponible en: http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=8&SID=8DKeKhzQ2QOrmPDmDz7&page=1&doc=24&cacheurlFromRightClick=no
37. Davis K, Stappenbeck C, Masters T, George W. Young Women's Experiences with Coercive and Noncoercive Condom Use Resistance: Examination of an Understudied Sexual Risk Behavior. *Women's Health Issues* [Internet] 2018. [Consultado el 02 de junio del 2019]; 29(3):231-237. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30826133>
38. Da Costa S, Lacet A, Souza K, Gonçalves K, Guimarães M, Lopes M, et.al. Knowledge, Attitude and Practice of Condom use by Women of an Impoverished Urban Área. *J Sch Nurs* [Internet] 2015. [Consultado el 30 de mayo del 2019]; 49 (3):364-371. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/0080-6>

39. Brien T, Thombs D, Mahoney C, Wallnau L. Dimensions of Self-Efficacy among Three Distinct Groups of Condom Users. *J Am Coll Health* [Internet] 1994 [Consultado el 6 de enero del 2022]. 42(4):167-174. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8132940/>.
40. Santos M, Ferreira E, Duarte J, Ferreira M. Adaptação portuguesa e validação da versão reduzida Condom Use Self-efficacy Scale. *Rev. Int. Androl* [Internet] 2016 [Consultado el 30 de noviembre del 2019]. 15 (1):23-30. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-internacional-andrologia-262-articulo-adaptacao-portuguesa-e-validacao-da-S1698031X16300474>
41. Huitzil-Ascención A, Landeros-Olvera E, Benavides-Torres R, Linares-Fleites G, Villarueda A, Morales-Rodríguez C. Validación del constructo y confiabilidad de la escala de autoeficacia para el uso del condón en estudiantes mexicanos. *Acta Universitaria* [Internet] 2016 [Consultado el 9 de diciembre 2021]. 26 (6): 44-52. Disponible en : <http://www.scielo.org.mx/pdf/au/v26n6/2007-9621-au-26-06-00044.pdf>
42. Muñoz J, Elosua P, Hambleton R. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema* [Internet] 2013 [Consultado el 19 de abril del 2020]. 25 (2): 151-157. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=4093>
43. Ramada-Rodilla J, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet G. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Publica México* [Internet] 2013 [Consultado el 19 de abril del 2020]. 55 (1):57-66. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-662975>
44. Moshagen, M. The Model Size Effect in SEM: Inflated Goodness-of-Fit Statistics Are Due to the Size of the Covariance Matrix *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, [Internet] 2012 [Consultado el 27 de enero del 2022]; 19 (1):86–98. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/239797267_The_Model_Size_Effect_in_SEM_Inflated_Goodness-of-Fit_Statistics_Are_Due_to_the_Size_of_the_Covariance_Matrix.

45. Bentler, P. Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin* [Internet] 1990 [Consultado el 27 de enero del 2022]; 107(2), 238–246. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1990-13755-001>
46. Hu L, Bentler P. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal* [Internet] 1999 [Consultado el 27 de enero del 2022]; 6(1): 1–55. Disponible en : <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10705519909540118>
47. West S, Taylor A, Wu W. *Handbook of structural equation modeling*. [Internet] United States; Guilford press; 2012. Chapter 13, Model fit and model selection in structural equation modeling; [Consultado el 27 de enero del 2022]. Disponible desde: www.researchgate.net/profile/Wei-Wu-92/publication/285751710_Model_Fit_and_Model_Selection_in_Structural_Equation_Modeling/links/57f16ebc08ae886b8979191d/Model-Fit-and-Model-Selection-in-Structural-Equation-Modeling.pdf
48. Brown T. *Confirmatory factor analysis for applied research*, Second Edition. United States: Guilford Press; 2015.
49. Dunn T, Baguley T, Brunsdon V. From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *Br J Psychol* [Internet] 2014 [Consultado el 27 de enero del 2022]; 105(3): 399–412. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24844115/>
50. Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA), Gobierno de Chile. *Observatorio Chileno de Drogas. Décimo Tercer Estudio Nacional de Drogas en Población General*, [Internet]. Santiago, Chile. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. 2018. [Consultado el 29 de enero del 2022]. Disponible en: <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2020/02/ENPEG-2018.pdf>

Anexo n°1: Autorización de Comités de Ética.





Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

CEBB 919-2021

Concepción, mayo de 2021.

CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha revisado el Proyecto de Tesis titulado **"ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE ESCALA DE AUTOEFICACIA EN USO DEL CONDÓN MASCULINO (CUSES-Ch) EN ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN, CAMPUS CONCEPCIÓN"**, cuya Investigadora Responsable es la Matrona **SRTA. CARLA ARAOS OSORIO**, candidata al grado de Magíster en Salud Sexual por la Universidad de Concepción, junto a su Profesora Guía **DRA. MARCELA CID AGUAYO**, académica adscrita al Departamento de Obstetricia y Puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, comprobando que cumple con las normas y procedimientos éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para la investigación que involucra personas.

Bajo la hipótesis de que el Instrumento *The Condom Use Self-Efficacy Scale*, adaptado al contexto sociocultural chileno (CUSES- Ch), posee un alto nivel de evidencia en confiabilidad y validez que permite medir el nivel de autoeficacia en el uso del condón masculino en población joven universitaria chilena, el objetivo general propuesto en el Proyecto de Tesis que se revisa es evaluar las propiedades psicométricas de la escala de medición de autoeficacia en el uso del condón masculino, antes individualizada y adaptada al contexto sociocultural chileno (CUSES- Ch), en población joven estudiante de la Universidad de Concepción, Campus Concepción, en el año 2021.

El diseño metodológico de esta propuesta de investigación para la obtención del grado de Magíster en Salud Sexual, se sustenta en una metodología cuantitativa, con diseño observacional, corte transversal, y de tipo psicométrico, contempla la ejecución de 04 (cuatro) objetivos específicos. Inicialmente pretende (1) describir las características sociodemográficas de jóvenes universitarios relacionado con el uso del condón masculino para, a continuación, evaluar (2) la estructura factorial del cuestionario CUSES-Ch como evidencia de validez de Constructo; así también (3) la consistencia interna del cuestionario CUSES-Ch como evidencia de confiabilidad y finalmente (4) estudiar la validez de criterio del cuestionario.

Para la recolección, se contempla realizar una adaptación y validación del instrumento a la realidad sociocultural chilena denominado "CUSES- Ch", la cual estará inspirada en la escala original *The Condom Use Self-Efficacy Scale 13* – CUSES (Brafford y Beck en 1991). Esta adaptación y validación del instrumento, que es autoaplicable y mide la autoeficacia en el uso del condón en personas jóvenes, estará condicionada a la autorización de sus autores. El Constructo Autoeficacia (Albert Bandura, 1990) dispone de 7 ítems redactados negativamente que se codifican de forma inversa resultando una puntuación total que fluctúa entre 0 a 112 puntos, teniendo mayor puntaje los que indican mayor autoeficacia de uso del condón. Se realizará el diseño del cuestionario con previa evaluación del constructo y sus dominios.

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile





Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

Frente a la incertidumbre de contar con la presencia de los jóvenes en el centro de estudio, dada la contingencia sanitaria por la pandemia de COVID-19 (OMS, 2020), se realizará un diseño de cuestionario en formato *online*, con uso de la plataforma *Survey Monkey*.

Con la información recolectada, se realizarán los análisis estadísticos mediante el programa STATA 16, bajo licencia. Se efectuarán análisis de las propiedades psicométricas por medio de la determinación de confiabilidad y validez del instrumento. Con la información obtenida de los cuestionarios se realizará primeramente un análisis univariado descriptivo de las variables sociodemográficas; para las variables cualitativas: se usará frecuencia absoluta y porcentual y para variables cuantitativas: media y desviación Estándar (+/-), cuando la distribución sea normal.

La participación de cada sujeto que cumpla con los criterios de inclusión, -personas jóvenes entre 18 y 26 años, estudiantes universitarios de primer a sexto año de las Facultades de Medicina, Humanidades, Educación e Ingeniería, pertenecientes al *Campus* Concepción de la Universidad de Concepción, que se encuentren en calidad de alumnos regulares en el año académico 2021, además que hayan iniciado actividad sexual y que tengan la capacidad de poder responder el cuestionario por internet- estará basada en el proceso de consentimiento informado, toda vez que sea regularmente aplicado y aceptado en sus términos de manera individualizada y documentada, conforme modelo presentado a este Comité institucional.

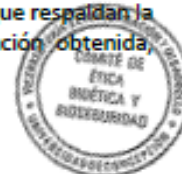
El desarrollo de esta investigación considerando la participación de estudiantes de primer a sexto año de las Facultades de Medicina, Humanidades, Educación e Ingeniería de la Universidad de Concepción – *Campus* Concepción, fue autorizada por el Sr. Vicerrector de esta Universidad, Dr. Carlos von Plessing Rossel. En este mismo acto, autoriza que la Investigadora Responsable solicite vía correo electrónico a los(as) Jefes(as) de Carrera de las Facultades seleccionadas, el envío a través de INFODA, del ítem “Comunicados a Alumnos de Carrera”, que contiene la invitación a sus estudiantes a participar del estudio.

Todo lo anterior está detalladamente descrito en “4. MATERIAL Y MÉTODO” del Proyecto de Tesis.

Se espera con los resultados que se obtenga, desarrollar una escala precisa y de fácil aplicación, que sea un buen predictor del uso de condón y que pueda ser utilizada en la planificación de intervenciones y estrategias en salud orientadas a mejorar la autoeficacia en su uso según las necesidades percibidas por hombres y mujeres.

La custodia de la información y de los resultados del estudio que se propone, serán de responsabilidad de la candidata al grado de Magíster en Salud Sexual por la Universidad de Concepción, Srta. Carla Araos Osorio.

La ejecución de las actividades descritas en este Proyecto de Tesis asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de los participantes en el estudio, garantizando la autonomía, la libertad, la voluntariedad y la privacidad de éstos, presentando para ello los métodos de protección que respaldan la confidencialidad de los datos de investigación y de custodia estricta de la información obtenida, observando todas las características formales y necesarias para su validez.



Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile



Universidad de Concepción
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, considera que el Proyecto de Tesis presentado observa los derechos asegurados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos y principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, las Normas Éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos, la Constitución de la República de Chile, la Ley N° 20.120 "Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana" y la Ley N°19.628, "Sobre Protección de la Vida Privada". Así también, sigue las Sugerencias para Escribir un Consentimiento Informado en Estudios con Personas, del Comité Asesor de Bioética FONDECYT/CONICYT.

En atención a todo lo anterior y dado que el Proyecto de Tesis titulado "ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE ESCALA DE AUTOEFICACIA EN USO DEL CONDÓN MASCULINO (CUSES-Ch) EN ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN, CAMPUS CONCEPCIÓN", cuya Investigadora Responsable es la Matrona SRTA. CARLA ARAOS OSORIO, candidata al grado de Magíster en Salud Sexual por la Universidad de Concepción, junto a su Profesora Guía DRA. MARCELA CID AGUAYO, no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos y bioéticos de la investigación en seres humanos, así como también los principios rectores de nuestra Institución Universitaria, los delineados en la Declaración de Singapur sobre la Integridad en la Investigación (2010) y las normas relativas formalizadas por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica – CONICYT y adoptadas por la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo – ANID del Ministerio de Ciencia, Tecnología, Conocimiento e Innovación del Gobierno de Chile, este Comité resuelve aprobarlo, confiriendo el presente Certificado.



Maria Andrea Rodríguez Tastets
DRA. M. ANDREA RODRIGUEZ TASTETS
PRESIDENTA

COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

Barrio Universitario s/n,
Edificio Empreudec
Fono (56-41) 2204302
Casilla 160 C – Correo 3, secrevrid@udec.cl
Concepción, Chile



Este documento ha sido firmado electrónicamente por:
Maria Andrea Rodríguez Tastets «andrea@udec.cl»
Certificado por E-Sign S.A. en conformidad a la Ley 20.799



Universidad
de Concepción



Facultad de
Medicina

Campus Concepción
Chacabuco esq. Janequeo S/N, Concepción
Casilla 160 C – Correo 3
T: (56-41) 2204407


CONCEPCIÓN, 19 de abril de 2021
CEC N°2 /2021

Sra. Carla Araos Osorio
Estudiante del Programa de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción
Presente

Estimada Srta. Araos:

Junto con saludar, le informamos que el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina, ha revisado por tercera vez su proyecto "Adaptación y Validación de escala de autoeficacia en uso de condón masculino (CUSES-Ch) en población joven chilena", el cual ha sido APROBADO.

Sin otro particular, se despide atentamente de usted.


Dra. Isabel Gottin Carrazana
Presidenta
Comité Ético Científico
Facultad de Medicina
Universidad de Concepción



Anexo n°2: Consentimiento informado.





UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA



COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD DE VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTE
Código_____

Título: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE ESCALA DE AUTOEFICACIA EN USO DEL CONDÓN MASCULINO (CUSES-Ch) EN ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN, CAMPUS CONCEPCIÓN.

Investigadora responsable: Carla Araos Osorio, candidata a Magíster en Salud Sexual y Reproductiva, Departamento de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Concepción.

Tutora académica: Marcela Cid Aguayo, Profesora Asistente Departamento de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Concepción.

Co-tutor académico: Cristhian Pérez Villalobos, Profesor Asociado del Departamento de Educación Médica de la Universidad de Concepción.

Centro Patrocinante: Departamento Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina. Universidad de Concepción

Centro de Investigación: Universidad de Concepción.

Estimado (a):

Mediante el presente documento se le invita a participar a usted en la investigación titulada **“ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE ESCALA DE AUTOEFICACIA EN USO DEL CONDÓN MASCULINO (CUSES-Ch) EN ESTUDIANTES DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN, CAMPUS CONCEPCIÓN”**, el cual se realizará en la Universidad de Concepción entre los meses de Mayo y Septiembre del año 2021. Esta información le permitirá evaluar, juzgar y decidir si desea participar en este estudio. Lea esta hoja informativa con atención. Puede que existan algunas palabras que no entienda. Por favor, siéntase en confianza de solicitar que le sean explicados de mejor manera los conceptos. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarle a la Investigadora Responsable cuando desee.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Adaptar al contexto sociocultural chileno una escala de medición de autoeficacia en el uso del condón masculino denominado **“The Condom Use Self-Efficacy Scale” (CUSES)**, en población joven universitaria de la Universidad de Concepción.

RAZÓN POR LA QUE SE LE INVITA A LA PERSONA A PARTICIPAR

Se le ha solicitado participar porque usted es estudiante universitario(a) de la Universidad de Concepción y cumple con los siguientes criterios: ser chileno(a), haber iniciado actividad sexual, tener entre 18 y 26 años de edad y ser alumno(a) regular del año académico 2021, perteneciente a las Facultades de Medicina, Humanidades, Educación o Ingeniería.

PARTICIPACIÓN Y RETIRO VOLUNTARIO

Su participación en esta investigación es totalmente **LIBRE Y VOLUNTARIA**. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, su rendimiento académico no se verá perjudicado en ninguna forma. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que lo desee sin que esto implique sanción o reproche hacia usted por esta decisión.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio de Metodología Cuantitativa, de tipo Observacional, corte Transversal y de tipo **Práctico**.





UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA



COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD DE VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO.

PROCEDIMIENTO

En este momento, le solicitamos participar respondiendo un breve cuestionario general y la escala adaptada de autoeficacia en el uso del condón masculino (CUSES- Ch), a través de la plataforma de encuestas en línea SurveyMonkey. Responder estos cuestionarios le tomará aproximadamente 20 minutos.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN

Esta investigación tiene el beneficio de producir conocimiento científico para que con su participación usted pueda ayudar a generar herramientas que puedan ser transmitidas a los jóvenes para que potencien la responsabilidad de su salud sexual, contribuyendo a que los profesionales de la salud puedan planificar y mejorar intervenciones y estrategias en salud sexual y reproductiva, potenciando el uso frecuente del condón.

El desarrollo de este cuestionario no implica riesgos evidentes para su salud. Sin embargo, considerando que el estudio aborda aspectos íntimos asociados a la conducta sexual, puede que reflexione acerca de conductas sexuales de riesgo que ha mantenido o mantiene en la actualidad. Si debido a esta introspección usted requiere orientación acerca de cómo mantener una sexualidad responsable, podrá participar en el Taller de Consejería en Salud Sexual y reproductiva que se ofrecerá durante el segundo semestre del 2021 a los estudiantes de su Facultad por parte de la Investigadora Responsable.

CONFIDENCIALIDAD

La información obtenida será **CONFIDENCIAL** y no se registrará la identidad de aquellas personas que participen en la investigación, por tanto se usará un código que identifique la información proporcionada por los sujetos de investigación. Podrán acceder a los datos relacionados al estudio **SÓLO** el equipo de investigación y el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina y el Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción. La investigadora responsable, Matrona Carla Araos, estará a cargo de la codificación de los casos en la base de datos para asegurar su anonimato, custodiará toda la información y velará por el correcto tratamiento de los datos.

PUBLICACIÓN DE RESULTADOS

Al finalizar esta investigación, el conocimiento que obtengamos se difundirá hacia la comunidad científica y académica, tanto en seminarios, congresos y revistas científicas del área, para que otras personas interesadas puedan aprender de los hallazgos obtenidos. La base de datos generada por este proyecto no será transferida ni cedida para ningún otro fin que el estipulado en este consentimiento. Usted podrá acceder a los resultados si así lo desea comunicándose con la investigadora responsable.

CONTACTO

Si tiene alguna duda comuníquese con la Investigadora responsable CARLA ARAOS OSORIO al correo electrónico caraos@udec.cl, con la Presidenta del Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, Dra. Isabel Cottin Carrazana, al correo electrónico cecmedicina@udec.cl. También podrá comunicarse con la Presidenta del Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción, Dra. Andrea Rodríguez Tastets, al correo electrónico secrevid@udec.cl.






UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
FACULTAD DE MEDICINA



COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD DE VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO.

DECLARACIÓN

Confirmando que he leído y entendido la información presentada en esta página, y declaro que acepto que la información proporcionada será recopilada, utilizada y divulgada conforme a lo descrito en la ficha informativa, que he decidido libre y voluntariamente participar en el estudio de investigación y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento sin sanción alguna, y que sé que haciendo esto no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

- Sí, acepto participar libre y voluntariamente bajo las condiciones establecidas
- No acepto participar de este estudio.

Si Ud. acepta, podrá continuar en la siguiente página y responder el cuestionario antes mencionado, gracias por su atención.



Andrés Rodríguez

Anexo n°3: Escala CUSES original.



The Condom Use Self-Efficacy Scale.

This Question ask about your own feelings about using condom in specific situations. Please responde even if you are not sexually active or have never used (or had a partner who used) condoms. In such cases, indicate how you think you would feel in such situation. Responses are scored as follows: *strongly disagree*= 0, *disagree*= 1, *undecided*= 2, *agree*= 3, *strongly agree*= 4.

1. I feel confident in my ability to put a condom on myself or my partner.
2. I feel confident I could purchase condoms without feeling embarrassed.
3. I feel confident I could remember to carry a condom with me should I need one.
4. I feel confident in my ability to discuss condom usage with any partner I might have.
5. I feel confident in my ability to suggest using condoms with a new partner.
6. I feel confident I could suggest using a condom without my partner feeling “diseased”.
7. I feel confident in my own or my partner’s ability to maintain an erection while using a condom.
8. I would feel embarrassed to put a condom on myself or my partner (*).
9. If I were to suggest using a condom to a partner, I would feel afraid that he or she would reject me (*).
10. If I were unsure of my partner’s feelings about using condoms, I would not suggest using one (*).
11. I feel confident in my ability to use a condom correctly.
12. I would feel comfortable discussing condom use with a potential sexual partner before we ever had any sexual contact (eg. hugging, kissing, caressing, etc).
13. I feel confident in my ability to persuade a partner to accept using a condom when we have intercourse.
14. I feel confident I could gracefully remove and dispose of a condom after sexual intercourse.
15. If my partner and I were to try to use a condom and did not succeed. I would feel embarrassed to try to use one again (eg. not being able to unroll condom, putting it on backwards or awkwardness (*).
16. I would not feel confident suggesting using condoms with a new partner because I would be afraid he or she would think I’ve had past homosexual experience (*).
17. I would not feel confident suggesting using condoms with a new partner because I would be afraid he or she would think I have sexually transmitted disease (*).
18. I would not feel confident suggesting using condoms with a new partner because I would be afraid he or she would think I thought they had a sexually transmitted disease (*).
19. I would feel comfortable discussing condom use with a potential sexual partner before we ever engaged in intercourse.
20. I feel confident in my ability to incorporate putting a condom on myself or my partner into foreplay.
21. I feel confident that I could use a condom with a partner without “breaking the mood”.
22. I feel confident in my ability to put a condom on myself or my partner quickly.
23. I feel confident I could use a condom during intercourse without reducing any sexual sensations.
24. I feel confident that I would remember to use a condom even after I have been drinking.
25. I feel confident that I would remember to use a condom even if I were high.
26. If my partner didn’t want to use a condom during intercourse, I could easily convince him or her that it was necessary to do so.
27. I feel confident that I could use a condom successfully.
28. I feel confident I could stop to put a condom on myself or my partner even in the heat of passion.

(*)= item reverse scored.

Anexo n°4: Autorización de autor original de CUSES.



30/5/2021

Gmail - Approval Request



Carla Araos <cao089@gmail.com>

Approval Request

Kenneth H. Beck <kbeck1@umd.edu>
Para: Carla Araos <cao089@gmail.com>

30 de mayo de 2021, 10:31

Dear Ms. Araos,

You have my permission to translate and adapt The Condom Use self-efficacy scale.

Naturally, I would be interested in receiving a copy of your results, when they are ready to be released,

Sincerely,

Kenneth H. Beck, Ph.D., FAAHB
Professor Emeritus
Department of Behavioral & Community Health
School of Public Health
University of Maryland
College Park 20742

[El texto citado está oculto]

--
Kenneth H. Beck, Ph.D., FAAHB
Professor
Department of Behavioral & Community Health
School of Public Health
University of Maryland
College Park 20742
Tel: (301) 405-2527
Fax: (301) 314-9187



Anexo n°5: Cuadro comparativo de traducciones.



Versión Original Inglés	Traducción al Español Profesional CONOCEDOR de Objetivo de Investigación	Traducción al Español Profesional NO CONOCEDOR de Objetivo de Investigación	Observaciones Equipo de Investigación	Síntesis final Traducción
The Condom Use Self-Efficacy Scale.	Escala de autoeficacia en el uso de condón.	Escala de eficiencia del uso de preservativo.	Se modifica “del condón” y se agrega “masculino” ya que actualmente existe también condón femenino.	Escala de Autoeficacia en el uso del condón masculino.
<p>This Question ask about your own feelings about using condom in specific situations. Please responde even if you are not sexually active or have never used (or had a partner who used) condoms. In such cases, indicate how you think you would feel in such situation. Responses are scored as follows: <i>strongly disagree</i>= 0, <i>disagree</i>= 1, <i>undecided</i>= 2, <i>agree</i>= 3, <i>strongly agree</i>= 4.</p>	<p>Este cuestionario es sobre lo que usted piensa acerca del uso del condón en ciertas situaciones. Le pedimos que lo responda incluso si no ha tenido sexo en el último tiempo, nunca ha usado un condón, o nunca ha tenido una pareja que lo use. En tales casos, responda cómo cree usted que se sentiría en cada situación. Los puntajes para cada respuesta son: muy en desacuerdo = 0, en desacuerdo = 1, no sabe = 2, de acuerdo = 3, muy de acuerdo = 4.</p>	<p>Este cuestionario dice relación con sus aprehensiones asociadas al uso de preservativo en situaciones particulares. Por favor responda aunque no sea activo sexualmente o nunca haya usado preservativos (o si tiene una pareja que usó alguno). En tales casos, indique cómo se sentiría en dichas situaciones. Las respuestas están categorizadas como sigue: muy en desacuerdo = 0, desacuerdo = 1, sin comentarios = 2, de acuerdo = 3, muy de acuerdo = 4.</p>	<p>Se redacta en segunda persona “tú” en vez de “usted”, más acorde al lenguaje juvenil. Se elimina la explicación de los puntajes para evitar sesgo.</p>	<p>Este cuestionario es sobre lo que piensas acerca del uso del condón masculino en ciertas situaciones. Responde incluso si no has tenido sexo en el último tiempo, nunca has usado un condón, o nunca has tenido una pareja que lo use. En tales casos, indica cómo te sentirías en dichas situaciones. Las respuestas están categorizadas como: muy en desacuerdo, en desacuerdo, no sé, de acuerdo, muy de acuerdo.</p>
1. I feel confident in my ability to put a	1. Creo ser capaz de ponerme un condón	1. Me siento seguro (a) de mi capacidad de	Se opta por redacción sin género.	1. Creo ser capaz de ponerme un condón o

condom on myself or my partner.	o ponérselo a mi pareja.	poner un preservativo a mi pareja o a mí mismo.		ponérselo a mi pareja.
2. I feel confident I could purchase condoms without feeling embarrassed.	2. Creo ser capaz de comprar condones sin sentir vergüenza.	2. Me siento seguro (a) de comprar preservativos sin sentirme avergonzado.	Se opta por redacción sin género.	2. Creo ser capaz de comprar condones sin sentir vergüenza.
3. I feel confident I could remember to carry a condom with me should I need one.	3. Sé que recordaría llevar un condón conmigo si es que pudiera necesitarlo.	3. Me siento seguro (a) de recordar llevar conmigo un preservativo en el caso eventual de necesitar uno.	Se opta por redacción sin género.	3. Sé que recordaría llevar un condón conmigo si es que pudiera necesitarlo.
4. I feel confident in my ability to discuss condom usage with any partner I might have.	4. Creo ser capaz de discutir el uso de condón con cualquier posible pareja.	4. Me siento seguro (a) de discutir el uso de preservativos con mi pareja en la eventualidad de hacerlo.	Se modifica el término “discutir” por “conversar”, para no que no se asocie a “pelear” acerca del uso del condón.	4. Creo ser capaz de conversar sobre usar condón con cualquier pareja posible.
5. I feel confident in my ability to suggest using condoms with a new partner.	5. Creo ser capaz de sugerir el uso de condón a una nueva pareja.	5. Me siento seguro (a) de mi capacidad de sugerir el uso de preservativos con una nueva pareja sexual.	Se opta por redacción sin género.	5. Creo ser capaz de sugerir el uso de condón a una nueva pareja.
6. I feel confident I could suggest using a condom without my partner feeling “diseased”.	6. Creo ser capaz de sugerir el uso de condón sin que mi pareja se sienta como si tuviera alguna enfermedad.	6. Me siento seguro (a) de sugerir el uso de preservativo con mi pareja si se siente “enfermo (a)”.	Se cambia “enfermedad” por “infección”	6. Creo ser capaz de sugerir el uso de condón sin que mi pareja se sienta como si tuviera alguna infección.
7. I feel confident in my own or my partner’s ability to maintain an erection while using a condom.	7. Creo que mi pareja y yo somos capaces de mantener la	7. Me siento seguro (a) de mi capacidad o el de mi pareja de mantener una	Se agrega el “y/o” en caso de ambas parejas con pene.	7. Me siento confiado(a) en mi capacidad y/o en la de mi pareja para mantener

	erección al usar condón.	erección con el uso de preservativos.		una erección al usar condón.
8. I would feel embarrassed top put a condom on myself or my partner (*).	8. Me daría vergüenza ponerme un condón o ponérselo a mi pareja (*).	8. Me sentiría avergonzado (a) de usar un preservativo o de sugerirlo a mi pareja (*).	Se agrega el “y/o” en caso de ambas parejas con pene.	8. Me daría vergüenza ponerme un condón y/o ponérselo a mi pareja (*).
9. If I were to suggest using a condom to a partner, I would feel afraid that he or she would reject me (*).	9. Me daría susto que, si le sugiriera usar condón a mi pareja, me dé un “no” por respuesta. (*).	9. Si eventualmente debiera sugerir a mi pareja usar preservativo, me preocupa su posible rechazo (*).		9. Me daría susto que, si le sugiriera usar condón a mi pareja, me dé un “NO” por respuesta (*).
10. If I were unsure of my partners feelings about using condoms, I would not suggest using one (*).	10. No sugeriría usar condón si no tengo certeza de qué piensa mi pareja sobre el tema (*).	10. Si eventualmente mi pareja tuviese aprehensiones con el uso de preservativos, no le sugeriría el uso de uno (*).		10. No sugeriría usar condón si no tengo certeza de lo que mi pareja piensa sobre el tema (*).
11. I feel confident in my ability to use a condom correctly.	11. Creo ser capaz de usar correctamente un condón.	11. Me siento seguro (a) del correcto uso del preservativo.		11. Confío en mi capacidad para usar un condón correctamente.
12. I would feel comfortable discussing condom use with a potential sexual partner before we ever had any sexual contact (eg. hugging, kissing, caressing, etc).	12. No tendría problemas en discutir el uso de condón con una posible pareja antes de siquiera tener cualquier contacto de tipo sexual (abrazos, besos, caricias, etc.).	12. Me siento seguro (a) de discutir el uso de preservativos con una potencial pareja antes de tener algún acercamiento sexual (ej. Abrazos, besos, caricias, etc.).		12. No tendría problemas en discutir el uso de condón con una posible pareja antes de tener cualquier contacto de tipo sexual (abrazos, besos, caricias, etc.).
13. I feel confident in my ability to persuade a partner to accept using a condom when we have intercourse.	13. Creo ser capaz de convencer a mi pareja para usar condón durante una relación sexual.	13. Me siento seguro (a) de mi capacidad de convencer a mi pareja que acepte el uso de		13. Creo ser capaz de convencer a mi pareja para usar condón durante

		preservativos cuando tenemos relaciones sexuales.		una relación sexual.
14. I feel confident I could gracefully remove and dispose of a condom after sexual intercourse.	14. Creo ser capaz de sacar el condón y descartarlo tras la relación sexual sin problemas.	14. Me siento seguro (a) de mi capacidad de remover el preservativo de forma higiénica después de una relación sexual.	Se opta por “remover” en vez de “sacar”, y “después” en vez de “tras”, para evitar confusiones.	14. Creo ser capaz de remover el condón y descartarlo sin problemas después de la relación sexual.
15. If my partner and I were to try to use a condom and did not succeed. I would feel embarrassed to try to use one again (eg. not being able to unroll condom, putting it on backwards or awkwardness (*).	15. Si mi pareja y yo tratáramos de usar un condón y no nos resultara, me daría vergüenza volver a intentarlo (no poder desenrollarlo, ponerlo al revés, sensación de vergüenza) (*).	15. Si eventualmente con mi pareja usamos un preservativo sin éxito, me sentiría frustrado (a) de usar otro nuevamente. (Ej. Ser incapaz de abrir y desenrollar un preservativo, ponerlo al revés o de forma extraña (*).		15. Si mi pareja y yo tratáramos de usar un condón y no nos resultara (no poder desenrollarlo, ponerlo al revés, o de forma extraña), me daría vergüenza volver a intentarlo (*).
16. I would not feel confident suggesting using condoms with a new partner because I would be afraid he or she would think I've had past homosexual experience (*).	16. No creo ser capaz de sugerir el uso de condón a una pareja nueva, porque me daría miedo que crea que he tenido relaciones homosexuales (*).	16. No me sentiría seguro (a) usando un preservativo con una nueva pareja sexual porque me sentiría avergonzado (a) de que él o ella piense que he tenido experiencias homosexuales en el pasado (*).		16. No creo ser capaz de sugerir el uso de condón a una pareja nueva, porque me daría miedo que crea que he tenido relaciones homosexuales (*).
17. I would not feel confident suggesting using condoms with a new partner because I would be afraid he or she would think I have	17. No creo ser capaz de sugerir el uso de condón a una pareja nueva, porque me daría miedo que crea que	17. No me sentiría seguro (a) de sugerir el uso de preservativos con una nueva pareja sexual porque él o	Se cambia “ enfermedad por “infección”	17. No creo ser capaz de sugerir el uso de condón a una pareja nueva, porque me daría miedo

sexually transmitted disease (*).	tengo alguna enfermedad de transmisión sexual (*).	ella podría pensar que sufro de enfermedades de transmisión sexual (*).		que crea que tengo alguna infección de transmisión sexual. (*)
18. I would not feel confident suggesting using condoms with a new partner because I would be afraid he or she would think I thought they had a sexually transmitted disease (*).	18. No creo ser capaz de sugerir el uso de condón a una pareja nueva, porque me daría miedo que crea que yo creo que ellos tienen alguna enfermedad de transmisión sexual. (*).	18. No me sentiría seguro (a) sugiriendo el uso de preservativos con una nueva pareja sexual porque él o ella podría pensar que creo padece de alguna enfermedad de transmisión sexual.		18. No creo ser capaz de sugerir el uso de condón a una pareja nueva, porque me daría miedo que piense que yo creo que él/ella tiene alguna infección de transmisión sexual (*).
19. I would feel comfortable discussing condom use with a potential sexual partner before we ever engaged in intercourse.	19. Creo ser capaz de discutir el uso de condón con una posible pareja sexual antes de siquiera tener sexo.	19. Me sentiría seguro (a) discutiendo el uso de preservativos con una potencial pareja antes de tener una relación sexual.	Se modifica el término “discutir” por “hablar”, para no que no se asocie a “pelear” acerca del uso del condón.	19. Creo ser capaz de hablar sobre el uso del condón con una posible pareja sexual antes de tener sexo.
20. I feel confident in my ability to incorporate putting a condom on myself or my partner into foreplay.	20. Creo ser capaz de incorporar la postura de condón al juego previo al sexo.	20. Me siento seguro (a) de mi capacidad para incorporar el uso del preservativo antes de una relación sexual.		20. Creo ser capaz de incorporar la postura del condón en el juego previo al sexo.
21. I feel confident that I could use a condom with a partner without “breaking the mood”.	21. Creo ser capaz de usar un condón con mi pareja sin “arruinar la onda”.	21. Me siento seguro (a) de usar un preservativo con una pareja sexual manteniendo un ambiente romántico.	Se modifica a “arruinar el momento”.	21. Creo ser capaz de usar un condón con mi pareja sin “arruinar el momento”.
22. I feel confident in my ability to put a condom on myself or my partner quickly.	22. Creo ser capaz de ponerme un condón o ponérselo	22. Me siento seguro (a) de mi capacidad de poner un		22. Creo ser capaz de ponerme un condón o

	a mi pareja rápidamente.	preservativo de forma rápida.		ponérselo a mi pareja rápidamente.
23. I feel confident I could use a condom during intercourse without reducing any sexual sensations.	23. Creo ser capaz de usar un condón durante el sexo sin reducir las sensaciones.	23. Me siento seguro (a) de usar un preservativo durante una relación sexual sin disminuir la tensión sexual del momento.		23. Creo ser capaz de usar un condón durante el sexo sin reducir las sensaciones.
24. I feel confident that I would remember to use a condom even after I have been drinking.	24. Creo ser capaz de recordar usar un condón incluso tras haber bebido.	24. Me siento seguro (a) de recordar el uso de preservativos incluso después de beber bebidas alcohólicas.	Se cambia "tras" por "después de".	24. Creo ser capaz de recordar usar un condón incluso después de haber bebido alcohol.
25. I feel confident that I would remember to use a condom even if I were high.	25. Creo ser capaz de recordar usar un condón incluso tras haberme drogado.	25. Me siento seguro (a) de recordar el uso de preservativos incluso si eventualmente estoy bajo la influencia de estupefacientes.	Se cambia "tras" por "después de".	25. Creo ser capaz de recordar usar un condón incluso después de haberme drogado.
26. If my partner didn't want to use a condom during intercourse, I could easily convince him or her that it was necessary to do so.	26. Podría convencer a mi pareja de que es necesario el condón durante el sexo si no quiere usarlo.	26. Si eventualmente mi pareja no quisiera usar preservativos durante una relación sexual, podría fácilmente convencerlo (a) de que es necesario.		26. Si mi pareja no quisiera usar condón durante una relación sexual, podría fácilmente convencerlo(a) de que es necesario.
27. I feel confident that I could use a condom successfully.	27. Creo ser capaz de usar bien un condón.	27. Me siento seguro (a) de usar un preservativo exitosamente.		27. Me siento seguro(a) de que podría usar un condón con éxito.
28. I feel confident I could stop to put a condom on myself	28. Creo ser capaz de parar para ponerme un condón o ponérselo a mi	28. Me siento seguro (a) de usar un preservativo incluso en un	Se cambia "calor" por "en medio de la excitación"	28. Creo ser capaz de parar para ponerme un condón o

or my partner even in the heat of passion.	pareja, incluso en el calor del momento.	momento muy excitante con mi pareja.		ponérselo a mi pareja, incluso en medio de la excitación del momento.
(*)= ítem reverse scored.	(*) = Invertir la escala para estas preguntas.	(*) = ítem con categorización inversa.		(*) = ítem con calificación inversa.



Anexo n°6: Observaciones prueba piloto.



Pregunta o enunciado	OBSERVACIONES	Versión editada
8 y 10 (escala de autoeficacia)	Preguntas presentan asterisco y no se explica por qué. Preguntas muy similares algunas.	Asteriscos no incluidos en versión online.
10 (escala de autoeficacia)	La redacción de la pregunta causa confusión.	“Sugeriría no usar condón si no tengo certeza de lo que mi pareja piensa sobre el tema”.
17 (uso de preservativo)	Podría ser de selección múltiple porque el material puede variar de una relación a otra.	Se agrega el enunciado “marca las opciones que consideres” en versión online.
Escala de autoeficacia	Causa confusión que las respuestas comiencen con “ muy en desacuerdo” en vez de “ muy de acuerdo”	Se discute con el equipo y se decide mantener orden original.
17	Si la persona “nunca ha usado el preservativo pero sí tiene conocimiento sobre de qué material son, ¿qué opción tiene para responder?”	Se agrega filtro a encuesta online en donde las personas que nunca han usado preservativo no tienen la necesidad de responder las preguntas 17 a 21.

Anexo n°7: Resultados encuesta sociodemográfica completa.



Variable	Total	Media	Min	Max
Edad	284	22.03	18	50

Variable	f	%
Sexo		
Hombre	89	31
Mujer	198	69
Carrera		
Fonoaudiología	27	9
Kinesiología	5	2
Medicina	126	44
Obstetricia y Puericultura	102	36
Tecnología Médica	27	9
Año Académico		
Primero	44	15
Segundo	40	14
Tercero	43	15
Cuarto	75	26
Quinto	43	15
Sexto	42	15
Pueblo Originario		
Ninguno	265	92
Mapuche	19	7
Aymara	1	0
Diaguita	2	1
Religión		
Ninguna	158	55
Católica	81	28
Evangélica	34	12
Mormona	1	0
Otra religión Cristiana	11	4
Otra religión	2	1
Consumo de Tabaco		
Sí	52	18
No	235	82
N° Cigarros diarios		
Menos de 1	9	3
1	24	8
2	8	3
3	5	2
4	2	1
5	4	1
Consumo de Alcohol		
Sí	219	76
No	70	24

N° de veces por mes de consumo		
Menos de 1	2	1
De 1 a 5	180	63
> 5 a 10	32	11
> 10 a 15	4	1
>15	1	0
<hr/>		
Consumo de Drogas		
Sí	69	24
No	218	76
Tipo de Droga Consumida (*)		
Marihuana	69	24
Cocaína	3	1
Éxtasis	3	1
Hongos alucinógenos	3	1
N° de veces por mes de Consumo		
Menos de 1	2	1
De 1 a 5	52	18
> 5 a 10	13	5
> 10 a 15	1	0
>15	1	0
<hr/>		
N° de Parejas sexuales en el último año		
Menos de 1	27	9
De 1 a 5	252	88
> 5 a 10	7	3
> 10 a 15	0	0
>15	1	0
<hr/>		
Orientación sexual		
Heterosexual	213	74
Bisexual	59	21
Homosexual	12	5
Otro:		
Pansexual	1	0
Asexual	1	0
Demisexual	1	0
<hr/>		
Sexo de la persona con quien se ha tenido relaciones sexuales		
Únicamente con las personas del mismo sexo.	35	12
Únicamente con la personas del sexo opuesto.	227	79
Ambos sexos.	25	9

Tipo de relación que se tiene con la pareja sexual actual		
Pareja estable en ese momento	213	74
Pareja esporádica u ocasional	46	16
Persona a la cual se acaba de conocer	9	3
Amigo	17	6
Otro	2	1
Infecciones de Transmisión sexual (ITS)		
Sí	14	5
No	273	95
Tipo de ITS (*)		
Condiloma	6	2
Gonorrea	1	0
Clamidia	1	0
Herpes Genital	2	1
Molusco contagioso	2	1
Ureaplasma	2	1
Uso de preservativo en la primera relación sexual		
Sí	213	74
No	74	26
Frecuencia de uso de preservativo		
Siempre	132	46
A veces	126	44
Nunca	29	10
Tipo de material del preservativo que se usa (*)		
Látex	227	79
Poliuretano	9	3
Poliisopreno	9	3
Desconoce el material del preservativo	29	10
Variedad del preservativo utilizado (*)		
Tradicional	253	88
Con textura	128	45
Con sabores	57	20
Con colores	20	7
Con retardante	31	11
Otros	9	3

Lugar de adquisición del preservativos (*)

	3	1
DISE	242	84
Farmacias	39	14
Sex shops	16	6
Internet	53	19
Consultorios		
Otro:		
Supermercados	4	1
Hospital	1	0
INJUV	2	1
Padres	1	0
Pareja	1	0

Momento del acto sexual en que se coloca el preservativo

Al momento de la erección del pene, antes de la penetración.	243	85
Posterior a la penetración del pene, pero antes de eyacular.	15	5
Sólo para eyacular.	29	10

Tipo de práctica sexual en la cual se usa preservativo (*)

Sexo anal	80	28
Sexo vaginal	240	84
Sexo oral	18	6

Fuente: Elaboración propia. (): preguntas no excluyentes*

**Anexo n°8: Escala de Autoeficacia
en el uso del Condón Masculino
(CUSES- Ch).**



Escala de Autoeficacia en el uso del condón masculino (CUSES- Ch).

Este cuestionario es sobre lo que piensas acerca del uso del condón masculino en ciertas situaciones. Responde incluso si no has tenido sexo en el último tiempo, nunca has usado un condón, o nunca has tenido una pareja que lo use. En tales casos, indica cómo te sentirías en dichas situaciones. Las respuestas están categorizadas como: muy en desacuerdo, en desacuerdo, no sé, de acuerdo, muy de acuerdo.

1. **Creo ser capaz de ponerme un condón o ponérselo a mi pareja.**

A) Muy en desacuerdo	B) En desacuerdo	C) No sé	D) De acuerdo	E) Muy de acuerdo.
----------------------	------------------	----------	---------------	--------------------
2. **Creo ser capaz de conversar sobre usar condón con cualquier pareja posible.**

A) Muy en desacuerdo	B) En desacuerdo	C) No sé	D) De acuerdo	E) Muy de acuerdo.
----------------------	------------------	----------	---------------	--------------------
3. **Creo ser capaz de sugerir el uso de condón a una nueva pareja.**

A) Muy en desacuerdo	B) En desacuerdo	C) No sé	D) De acuerdo	E) Muy de acuerdo.
----------------------	------------------	----------	---------------	--------------------
4. **Creo ser capaz de sugerir el uso de condón sin que mi pareja se sienta como si tuviera alguna infección.**

A) Muy en desacuerdo	B) En desacuerdo	C) No sé	D) De acuerdo	E) Muy de acuerdo.
----------------------	------------------	----------	---------------	--------------------
5. **Me daría susto que, si le sugiriera usar condón a mi pareja, me dé un “NO” por respuesta (*).**

A) Muy en desacuerdo	B) En desacuerdo	C) No sé	D) De acuerdo	E) Muy de acuerdo.
----------------------	------------------	----------	---------------	--------------------
6. **Sugeriría no usar condón si no tengo certeza de lo que mi pareja piensa sobre el tema (*).**

A) Muy en desacuerdo	B) En desacuerdo	C) No sé	D) De acuerdo	E) Muy de acuerdo.
----------------------	------------------	----------	---------------	--------------------
7. **Confío en mi capacidad para usar un condón correctamente.**

A) Muy en desacuerdo	B) En desacuerdo	C) No sé	D) De acuerdo	E) Muy de acuerdo.
----------------------	------------------	----------	---------------	--------------------
8. **Creo ser capaz de remover el condón y descartarlo sin problemas después de la relación sexual.**

A) Muy en desacuerdo	B) En desacuerdo	C) No sé	D) De acuerdo	E) Muy de acuerdo.
----------------------	------------------	----------	---------------	--------------------
9. **No creo ser capaz de sugerir el uso de condón a una pareja nueva, porque me daría miedo que crea que he tenido relaciones homosexuales (*).**

A) Muy en desacuerdo	B) En desacuerdo	C) No sé	D) De acuerdo	E) Muy de acuerdo.
----------------------	------------------	----------	---------------	--------------------
10. **No creo ser capaz de sugerir el uso de condón a una pareja nueva, porque me daría miedo que crea que tengo alguna infección de transmisión sexual (*).**

A) Muy en desacuerdo	B) En desacuerdo	C) No sé	D) De acuerdo	E) Muy de acuerdo.
----------------------	------------------	----------	---------------	--------------------
11. **No creo ser capaz de sugerir el uso de condón a una pareja nueva, porque me daría miedo que piense que yo creo que él/ella tiene alguna infección de transmisión sexual (*).**

A) Muy en desacuerdo	B) En desacuerdo	C) No sé	D) De acuerdo	E) Muy de acuerdo.
----------------------	------------------	----------	---------------	--------------------
12. **Creo ser capaz de ponerme un condón o ponérselo a mi pareja rápidamente.**

A) Muy en desacuerdo	B) En desacuerdo	C) No sé	D) De acuerdo	E) Muy de acuerdo.
----------------------	------------------	----------	---------------	--------------------
13. **Creo ser capaz de recordar usar un condón incluso después de haber bebido alcohol.**

A) Muy en desacuerdo	B) En desacuerdo	C) No sé	D) De acuerdo	E) Muy de acuerdo.
----------------------	------------------	----------	---------------	--------------------
14. **Creo ser capaz de recordar usar un condón incluso después de haberme drogado.**

A) Muy en desacuerdo	B) En desacuerdo	C) No sé	D) De acuerdo	E) Muy de acuerdo.
----------------------	------------------	----------	---------------	--------------------
15. **Creo ser capaz de parar para ponerme un condón o ponérselo a mi pareja, incluso en medio de la excitación del momento.**

A) Muy en desacuerdo	B) En desacuerdo	C) No sé	D) De acuerdo	E) Muy de acuerdo.
----------------------	------------------	----------	---------------	--------------------

Total: _____ Ptos.

(*) Ítems con calificación inversa