



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
PSICOLOGÍA Y SALUD

**INTERVENCIÓN ECOSISTÉMICA PARA PROMOVER LA SALUD SEXUAL DE
ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE MÉXICO EN CONFLICTO CON LA LEY**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
DOCTOR EN PSICOLOGIA

PRESENTA:
RICARDO SÁNCHEZ MEDINA

DIRECTORA: DRA. SILVIA SUSANA ROBLES MONTIJO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM

COMITÉ TUTORAL

DRA. ROSALÍA VÁZQUEZ ARÉVALO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM

DR. FRANCISCO LORENZO JUÁREZ GARCÍA
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

DR. ROLANDO DÍAZ LOVING
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

DRA. MARÍA EMILY REIKO ITO SUGIYAMA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

MÉXICO, D. F. OCTUBRE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Mexiquense de Ciencia y Tecnología (COMECYT), por brindarme apoyo económico para la realización de la investigación como becario.

A la Dra. Susana Robles, por su gran amistad y por todo el apoyo en la realización de esta investigación.

A los miembros de mi Comité Tutoral, Dra. Rosalía Vázquez, Dr. Francisco Juárez García, Dr. Rolando Díaz-Loving y Dra. Emily Ito, muchas gracias por sus valiosas contribuciones y aportaciones para la realización de esta investigación.

A mis compañeros de doctorado, David Enríquez, Xochitl Barcena y Guadalupe Rendón, por todas las angustias compartidas durante la formación.

A mis alumnos, que me apoyaron en la aplicación de esta investigación, Marco Guerra, Héctor Nava, Mercedes Silva y Diana Peña.

A David, Arturo, Esperanza, César, Mónica, Erika, Ricardo y Liliana, por su valiosa amistad.

A mis padres, por haberme dado la vida y por permitirme crecer en una gran familia con principios y valores.

A mi hermana, Araceli y a mis sobrinos Iván y Alex, por demostrarme que el amor trasciende fronteras.

A mi hermana Daniela, por la confianza deposita en mí, te quiero mucho y creo en ti.

A mis hijos Ricardo y Regina, por brindarme la gran experiencia de ser padre y por ser el motor que me impulsa a seguir adelante, los amo.

A Rubi, por todo el apoyo para que pudiera estudiar mi doctorado, pero lo más importante de todo, por compartir una vida conmigo a lado de dos hijos maravillosos. Te amo.

Contenido

RESUMEN	5
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	9
PARTE I. MARCO TEÓRICO	13
CAPÍTULO 1. PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL	15
1.1 Embarazos no planeados y aborto.....	15
1.2 Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).....	18
1.3 VIH/SIDA	21
1.3.1 Grupos de población clave	24
1.3.2 Población privada de la libertad	28
CAPÍTULO 2. ESTUDIO DE LA CONDUCTA SEXUAL PROTEGIDA	33
2. 1 Desde diferentes modelos psicológicos	33
2.2 Desde el modelo ecológico	39
2.3 En población privada de la libertad	47
CAPÍTULO 3. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PARA PROMOVER LA SALUD SEXUAL	53
3.1 Desde diferentes modelos psicológicos	53
3.1.1 Variables para reducir comportamientos sexuales de riesgo	55
3.1.2 Estrategias de intervención.....	60
3.2 Desde el modelo ecológico	63
3.2.1 Variables para reducir comportamientos sexuales de riesgo	64
3.2.2 Estrategias de intervención.....	68
3.3 En población privada de la libertad	70
CAPÍTULO 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	75
4.1 Pregunta de Investigación.....	79
4.2 Objetivo general.....	79

PARTE II. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA 81

CAPITULO 5. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS..... 83

5.1 Objetivo particular	83
5.2 Objetivos específicos	83
5.3 Método	84
5.3.1 Población	84
5.3.2 Participantes	85
5.3.3 Escenario	85
5.3.4 Variables	86
5.3.5 Instrumentos	89
5.3.6 Procedimiento	95
5.3.7 Análisis de datos	96
5.4 Resultados	97
5.5 Conclusiones.....	108

CAPÍTULO 6. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE LOS ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON LA LEY 111

6.1 Objetivo particular	111
6.2 Objetivos específicos	111
6.3 Método	112
6.3.1 Participantes	112
6.3.2 Tipo de estudio	113
6.3.3 Escenario	113
6.3.4 Variables	113
6.3.5 Instrumentos	115
6.3.6 Procedimiento	116
6.3.7 Análisis de datos	117
6.4 Resultados	117
6.5 Discusión	143

CAPÍTULO 7. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA.....	159
7.1 Objetivo particular	160
7.2 Objetivos específicos.....	160
7.3 Hipótesis	161
7.4 Método	161
7.4.1 Participantes	161
7.4.2 Escenario.....	163
7.4.3 Materiales	164
7.4.4 Diseño.....	164
7.4.5 Variables.....	164
7.4.6 Instrumentos	165
7.4.7 Procedimiento	167
7.4.8 Análisis de datos.....	170
7.5 Resultados	170
7.6 Discusión	185
CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES GENERALES.....	199
REFERENCIAS.....	207
APÉNDICES.....	223
A. INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO DE VALIDACIÓN.....	225
B. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS	243
C. INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO DIAGNÓSTICO	267
D. INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO DE INTERVENCIÓN.....	283
E. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.....	289

RESUMEN

Con fundamento en el Modelo ecológico de Bronfenbrenner, se realizó una investigación que tuvo como propósito diseñar y evaluar la efectividad de un programa de intervención para promover la salud sexual de adolescentes que se encuentran en conflicto con la ley. Para cumplir con este propósito, se llevaron a cabo tres estudios. **Estudio 1.** Se seleccionaron 18 instrumentos que permiten obtener información sobre los constructos del Modelo ecológico correspondientes al micro, meso y macro sistemas, y se validaron en una muestra de 222 adolescentes, sexualmente activos, en conflicto con la Ley. Los resultados mostraron propiedades psicométricas adecuadas con esta población. **Estudio 2.** Con los instrumentos ya validados, se realizó un estudio diagnóstico para conocer el perfil de riesgo sexual de una muestra de 320 adolescentes en conflicto con la ley, así como las características de cada una de las variables correspondientes al micro, meso y macro sistema. Asimismo, se identificaron las variables que predicen, en esta muestra, el uso consistente del condón con pareja regular y con pareja ocasional, dando pauta al diseño de intervención. Los resultados mostraron que los adolescentes tienen un perfil de riesgo sexual y bajos niveles de conocimientos sobre la sintomatología, transmisión y prevención del VIH/SIDA. Asimismo, ellos se distinguen por tener la intención de usar condón en su próxima relación sexual, por tener actitudes favorables hacia su uso y por sentirse más capaces de usarlo con su pareja regular que con alguna pareja ocasional. También se encontró que los adolescentes perciben que reciben apoyo y supervisión de sus progenitores, pero hablan muy poco con ellos sobre el cuidado de su salud sexual. Otro dato importante fue que los adolescentes no tienen una visión estereotipada de hombres y mujeres, ni tampoco perciben influencia de los medios de comunicación sobre el uso del condón y otras medidas preventivas. Los predictores del uso consistente del condón con pareja regular fueron: la intención para usar condón, el estilo de colaboración-equidad para negociar con la pareja el uso del condón, y la presencia de conductas de riesgo en sus amigos; con pareja ocasional los predictores fueron los mismos, excepto la intención de usar condón. **Estudio 3.** Con base en los resultados anteriores se llevó a cabo un tercer estudio para diseñar y evaluar la efectividad de un programa de intervención para promover la salud sexual en una muestra conformada por 134 adolescentes que participaron en el primer estudio. Se utilizó un diseño cuasiexperimental con un grupo de intervención (72 adolescentes) y uno control (62 adolescentes), conformado por cuatro fases: preevaluación, intervención, postevaluación y seguimiento. La intervención, que consistió de cinco sesiones de dos horas cada una, estuvo conformado por los siguientes elementos, mismos que responden al Modelo ecológico. *Microsistema:* a) información, análisis y discusión sobre VIH/SIDA, ITS y embarazos no planeados; b) ventajas y desventajas del uso del condón en relaciones sexuales; c) comunicación efectiva y su importancia en la relación de pareja; d) papel de la autoestima en una relación de pareja saludable; e) análisis y discusión grupal sobre comportamientos sexuales de riesgo y situaciones en las que se presentan, enfatizando el papel que juegan el uso de drogas o alcohol en el desarrollo de conductas sexuales preventivas; y f) entrenamiento en habilidades para negociar el uso del condón con la pareja, así como para usarlo correctamente. *Mesosistema:* a) análisis y discusión grupal sobre la supervisión parental y apoyo familiar sobre el comportamiento sexual de los hijos; y b) ventajas y desventajas de la presión del grupo de pares sobre el comportamiento sexual. *Macrosistema:* a) análisis y discusión sobre las diferencias entre hombres y mujeres en el terreno sexual; y b) análisis y discusión de las creencias familiares sobre la sexualidad y sobre los mitos de la homosexualidad. Los resultados mostraron cambios entre el grupo control y el experimental, a favor de este último en todas las variables del modelo, excepto en comunicación con la pareja y autoestima. Los hallazgos se discuten en términos de la importancia de diseñar programas con base en el Modelo ecológico de Bronfenbrenner dirigido a población que se encuentran en un ambiente privado de la libertad.

Palabras clave: modelo ecológico, adolescentes en conflicto con la ley, uso de condón, intervención, VIH/SIDA

ABSTRACT

Based on Bronfenbrenner's Ecological Model, an investigation was conducted to design and evaluate the effectiveness of an intervention program to promote the sexual health of adolescents in conflict with the law. To achieve this purpose, we conducted three studies. **Study 1.** Eighteen instruments to obtain information about the constructs of Ecological Model relating to the micro, meso and macro systems were selected and validated in a sample of 222 adolescents, sexually active, in conflict with the law. The results showed psychometric properties adequate with this population. **Study 2.** With already validated instruments, a diagnostic study was conducted to know the sexual risk profile of a sample of 320 adolescents in conflict with the law as well as the characteristics of each variable of micro, meso and macro systems. Also, the predictors of consistent condom use with regular and casual partners were identified in this sample, leading guidelines design of the intervention program. The results showed that adolescents have a profile of risk sexual behavior and a low levels of knowledge about the symptomatology, transmission and prevention of HIV/AIDS. Also, they are distinguished by having the intention to use condoms in their next sexual relationship, have favorable attitudes toward their use and feel more able to use it with their regular partner than a casual partner. We also found that adolescents perceive that receive support and supervision from their parents, but speak very little with them about taking care of their sexual health. Another important finding was that teens do not have a stereotypical view of men and women, nor they perceived the influence of media on condom use and other preventive measures. The predictors of consistent condom use with regular partners were: the intention to use condoms, style of collaboration-equity to negotiate the condom use with their partners, and the presence of risk behaviors in friends; with casual partner the predictors were the same, except the intention to use condoms. **Study 3.** Based on the above results, a third study was conducted to design and evaluate the effectiveness of an intervention program to promote sexual health in a sample of 134 adolescents who participated in the first study. A pretest, intervention, posttest and follow-up quasi-experimental design was used, with a control (62 adolescents) and intervention (72) groups. The intervention consisted of five sessions of two hours each, consisted of the following elements which respond to the Ecological Model. *Microsystem:* a) information, analysis and discussion on HIV/AIDS, STIs and unplanned pregnancies; b) advantages and disadvantages of condom use in sex; c) effective communication and its importance in the relationship; d) the role of self-esteem in a healthy relationship partner; e) analysis and group discussion about sexual risk behaviors and situations that are presented, emphasizing the role of the use of drugs or alcohol on the development of preventive sexual behavior; f) training in skills to negotiate condom use with a partner, and to use it correctly. *Mesosystem:* a) analysis and group discussion on parental supervision and family support on sexual behavior of children; b) advantages and disadvantages of peer group pressure on sexual behavior. *Macrosystem:* a) analysis and discussion of the differences between men and women in a sexual context; b) analysis and discussion of family beliefs about sexuality and about myths of homosexuality. The results showed changes between the control and intervention groups in favor of the latter in all model variables except partner communication and self-esteem. The findings are discussed in terms of the importance of designing programs based on Bronfenbrenner's Ecological Model addressed to people who are in a private environment of freedom.

Keywords: ecological model, teenagers in conflict with the law, condom use, intervention, HIV/AIDS

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual, el embarazo no deseado o no planeado, y como consecuencia de ello el aborto, son problemas que pueden afectar la salud sexual de los jóvenes al tener relaciones sexuales no protegidas. El inicio de la vida sexual a edades tempranas, tener múltiples parejas y relaciones sexuales frecuentes, son comportamientos que han estado asociados con no usar el preservativo (Mendoza et al., 2012; Moreno et al., 2008; Robles et al., 2006). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Valores en Juventud 2012 (IMJUVE, 2012), particularmente los jóvenes varones, comparados con las mujeres, ponen en mayor riesgo su salud al iniciar sus relaciones sexuales a edades más tempranas sin utilizar algún método anticonceptivo.

De igual forma el contexto social en el que se encuentran los jóvenes puede favorecer el desarrollo de comportamientos de riesgo (ONUSIDA, 2010). Por ejemplo, se ha visto que cuando ellos están en un ambiente carcelario presentan diversas conductas sexuales de riesgo (Adoga et al., 2009), tienen historia de abuso sexual (Hogben & Lawrence, 2000), relaciones anales sin protección (Gough & Edwards, 2009), sexo bajo los efectos del alcohol o drogas sin usar protección (Nelwan et al., 2010), son jóvenes que inician sus relaciones sexuales a edades tempranas y, en general, cuando salen de la institución en la que están reclusos, son más propensos a ser nuevamente detenidos (Herrera, Ampudia & Reidl, 2013). Se tuvo como marco de referencia el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987); desde esta perspectiva, se consideran los diferentes contextos en los cuales una persona se encuentra inmersa, y a partir de ello, identificar aquellos ambientes que influyen en la conducta sexual para considerarlos en el diseño y aplicación de programas de intervención encaminados a la promoción de conductas sexuales saludables.

Con base en lo anterior, la investigación que aquí se presenta estuvo encaminada a generar un programa de intervención para reducir conductas que ponen en riesgo la salud sexual, en una población de jóvenes que se encuentran en un entorno carcelario; por las características sociales y culturales en las que ellos se encuentran son una población susceptible de adquirir el Virus de la

Inmunodeficiencia Humana (VIH). El trabajo que aquí se presenta está dividido en dos partes; marco teórico e investigación empírica. A continuación se describe cada una de ellas.

El marco teórico está conformado por cuatro capítulos, en el **Capítulo 1** se analizan los diferentes problemas que afectan la salud sexual de adolescentes y jóvenes, enfatizando la edad de la primera relación sexual, el estudio de la conducta sexual no protegida y las consecuencias de ésta, en términos de ITS, VIH/SIDA, embarazos y abortos (Instituto Mexicano de la Juventud [IMJUVE], 2011; Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2012); asimismo se pone atención en aquellas personas que por diversos factores sociales y económicos aumentan su vulnerabilidad ante la infección por VIH, tal es el caso de la población privada de la libertad (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], 2010), ya que es una población que se caracteriza por tener una salud más deteriorada que la población general y una mayor exclusión social (Oviedo-Joekes, March, Ramos, Ballesta, & Prieto, 2005).

En el **capítulo 2** se describen los diferentes modelos de salud que tratan de explicar o predecir el comportamiento sexual, los cuales parten de la premisa de que cambios en variables de tipo cognoscitivo promueve que una persona lleve a cabo un comportamiento preventivo, como lo es usar el condón. Los modelos que se describen son el modelo de creencias de salud (Rosentock, Strecher, & Becker, 1994), el modelo de autoeficacia (Bandura, 1999), el modelo basado en la teoría de acción razonada (Ajzen & Fishbein, 1980), el modelo basado en la teoría de la conducta planeada (Ajzen, 1985); el modelo de información-motivación-habilidades conductuales (Fisher & Fisher, 1992); el modelo integral (Fishbein, 2000); y un modelo cuyo énfasis es en el cambio conductual, el modelo de salud desde una perspectiva conductual (Bayés, 1992; Piña, 2008; Ribes, 1990). Se pone particular énfasis en el Modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner (1987) el cual al tomar en consideración el contexto en el que se encuentra inmerso un individuo, proporciona un panorama más amplio que permite entender la compleja red de influencias que afectan a los adolescentes y con ello se pueden generar e instrumentar intervenciones integrales para reducir el riesgo de infección

por VIH. En la última parte de este capítulo, se pone atención en investigaciones realizadas con población privada de la libertad, mostrando qué se ha evaluado y cómo el modelo ecológico puede ser una alternativa para abordar el estudio de la conducta sexual preventiva. En el **capítulo 3** se analizan algunos programas de intervención encaminados a promover conductas sexuales preventivas, considerando aquellas variables evaluadas, los temas que se abordan en las estrategias de intervención utilizadas y los resultados obtenidos, enfatizando el modelo teórico del cual parten. La segunda parte de este capítulo se analiza críticamente diferentes intervenciones diseñadas con base en el modelo ecológico, y aquellos programas encaminados a población privada de la libertad.

Con base en el análisis de los tres capítulos previos, en el **4** se presenta la justificación que sustenta la investigación que se presenta en la Parte dos de este trabajo, señalando la importancia del estudio de la conducta sexual de adolescentes en conflicto con la ley bajo el modelo ecológico, a partir de ello se presenta el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación. La segunda parte de este trabajo, que corresponde a la investigación empírica, está integrada por los capítulos 5, 6, 7 y 8. Dado que esta investigación se llevó a cabo con adolescentes mexicanos en conflicto con la ley, era necesario contar con instrumentos validados en esta población, conocer su perfil de riesgo y a partir de ello diseñar e instrumentar un programa de intervención para cambiar sus conductas de riesgo a preventivas.

En este sentido en el **capítulo 5** se presenta el estudio correspondiente a la validación de instrumentos diseñados desde la perspectiva del modelo ecológico. En el **capítulo 6** se presenta el estudio correspondiente a la evaluación del perfil de riesgo de adolescentes en conflicto con la ley, y finalmente en el **capítulo 7**, se describe el estudio correspondiente al diseño y evaluación del programa de intervención dirigido a esta población. Cada uno de estos capítulos está conformado por objetivos, método, resultados y discusión. Por último, en el **capítulo 8** se presenta una discusión general que considera los resultados obtenidos en cada uno de los tres estudios, señalando las limitaciones y las líneas de acción futura derivadas de los resultados de esta investigación.

PARTE I. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), los principales problemas de salud que presentan los adolescentes son, el consumo de sustancias, violencia, traumatismos involuntarios, nutrición, salud sexual y reproductiva y VIH, al respecto la OMS señala que se debe prevenir estos problemas y en aquellos casos en los que ya se hayan presentado proponer tratamientos eficaces que los disminuyan.

De acuerdo con Rodríguez, Sanabria, Contreras y Perdomo (2013), promover la salud constituye acciones dirigidas principalmente a fortalecer las habilidades y capacidades, así como las encaminadas a modificar las condiciones sociales y ambientales, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

En el caso particular de la salud sexual, cuando los adolescentes tienen conductas de riesgo puede traer como consecuencia diversos problemas como embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual, entre ellos el VIH/SIDA (Alba, 2010; Mendoza et al., 2012), cada una de estas situaciones se analizan a continuación, la última parte del capítulo se centra en población privada de la libertad que por sus condiciones políticas y sociales aumentan su vulnerabilidad por infección.

1.1 Embarazos no planeados y aborto

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Juventud 2010 realizada por el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJUVE, 2011), al evaluar a 29,787 jóvenes se encontró que uno de cada tres menores de 19 han tenido relaciones sexuales; y en la Encuesta Nacional de Valores en Juventud 2012 (IMJUVE, 2012a) con una muestra de 5,000 jóvenes, la mayoría de ellos afirmaron que han tenido relaciones sexuales en promedio desde los 17 años, siendo los hombres quienes comenzaron su vida sexual antes que las mujeres, de éstos se encontró que el

66% de los jóvenes sexualmente activos utilizan algún método anticonceptivo y el resto no lo hace.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2012), se encontró que el 23% de adolescentes de 12 a 19 años de edad han iniciado su vida sexual, 14.7% de los hombres y 33.4% de las mujeres no utilizaron ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual.

Estos resultados ponen de manifiesto que los adolescentes y jóvenes comienzan su vida sexual a edades tempranas y que a pesar de que más del 60% de jóvenes utiliza algún método anticonceptivo, se debe seguir fortaleciendo este tipo de prácticas sexuales y promover el uso del condón en las relaciones sexuales.

Se ha reportado que los jóvenes que no utilizan métodos anticonceptivos en su primera relación sexual está relacionado, ya sea con la falta de planeación de su primer encuentro sexual o porque no estaba en sus planes usarlo (IMJUVE, 2012b). La relevancia de la utilización de un método anticonceptivo puede prevenir un embarazo no planeado, sin embargo, el condón es el único método de barrera que impide la transmisión de infecciones sexuales, como el VIH; motivo por el cual en personas que han iniciado su vida sexual, el condón es el método que se utiliza para prevenir problemas de salud sexual.

Por tanto, como ya se mencionó, tener relaciones sexuales sin protección puede traer como consecuencia un embarazo no planeado o no deseado, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Juventud 2010, casi la mitad de las mujeres de 20 a 24 años han estado embarazadas por lo menos una vez en su vida y un 6.6% se embarazó antes de los 17 años y un 19.2% entre 18 y 19 años de edad (IMJUVE, 2012b). Respecto de las mujeres de 12 a 19 años que han tenido relaciones sexuales, la mitad de ellas alguna vez ha estado embarazada y 10.7% estaba cursando un embarazo al momento de la entrevista (IMJUVE, 2012a). Tan sólo en 2011 se encontró que el 19% de los embarazos en México son de madres adolescentes menores de 20 años (INEGI, 2011); de igual forma, se ha encontrado que más de una quinta parte de los niños que nacen de madres

adolescentes son producto de embarazos no deseados (Núñez-Urquiza, Hernández-Prado, García-Barrios, González, & Walker, 2003).

El embarazo en la adolescencia se considera un problema de salud pública dato que conlleva una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud de la madre como la del hijo (Figuroa-Lara, Aracena-Genao, Reyes-Morales, & Lamadrid-Figuroa, 2012).

Las consecuencias sociales del embarazo adolescente se relacionan con la deserción escolar, desempleo, fracaso en la relación de pareja y bajos recursos económicos (Armendáriz & Medel, 2010; Mendoza et al., 2012); de igual forma, estas mujeres tienen trabajos mal remunerados o pueden tener un matrimonio apresurado y poco duradero (Ulanowicz, Parra, Wendler, & Tisiana, 2006); a nivel familiar pueden ser rechazadas por su padres, o pueden caer en el consumo de drogas, e incluso abandono del recién nacido (León, Minassian, Borgoño, & Bustamante, 2008; Panduro et al., 2012).

Otras de las consecuencias del embarazo no planeado, se relaciona con el aborto. De acuerdo con la Secretaría de Salud, las adolescentes embarazadas son un gran desafío para la sociedad y para el Sistema Nacional de Salud, ya que una proporción de estas madres se somete a un aborto inducido que al no ser llevado en las condiciones adecuadas puede poner en riesgo la vida de la madre (Secretaría de Salud, 2008a). Por ejemplo, en el caso de los abortos inducidos, el 100% tiene como origen un embarazo no deseado (Orozco, Mendoza, Ramos, López, & Ruelas, 2011); se estima que entre 25 y 40% de los embarazos no son planeados y que uno de cada 5 embarazos se presenta en adolescentes, muchas de las cuales deciden recurrir al aborto (Secretaría de Salud, 2008b). De acuerdo con la OMS (2012), a nivel mundial, se realizan alrededor de 22 millones de abortos en condiciones inseguras cada año. En México, durante el 2006 se estimó que se llevaron a cabo 874,747 abortos inducidos, siendo 33 abortos inducidos por cada 1,000 mujeres de 15–44 años; aproximadamente hubo 44 abortos por cada 100 nacidos vivos (Juárez, Singh, García, & Díaz, 2008).

En abril de 2007, mediante la reforma del Código Penal, se despenalizó totalmente en el Distrito Federal (DF), la interrupción del embarazo hasta la

semana 12 de gestación (Figuroa-Lara et al., 2012). La interrupción legal del embarazo (ILE) se lleva a cabo en los Hospitales de la Secretaría de Salud del DF, desde la fecha de la aprobación de la ley y hasta datos reportados en marzo de 2013 el porcentaje más alto de mujeres que abortan está entre los 18 a 24 años de edad, de educación media superior y secundaria (GIRE, 2013).

Con base en las estadísticas, el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2009) menciona que se debe de trabajar para reducir los índices de aborto, y que para lograrlo es necesario poner tención en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes para evitar embarazos no planeados; y en aquellas personas que ya lo tienen, crear estrategias para que puedan tener acceso a un aborto inducido en forma legal y sin riesgos (Ortale, 2009).

Como se ha observado uno de cada tres adolescentes inicia su vida sexual a edades tempranas, cerca de un 40% no usa condón en sus relaciones sexuales; como consecuencia las adolescentes pueden terminar con un embarazo no planeado que puede afectar su vida en términos económicos familiares y sociales; y en otros casos quienes deciden abortar pueden dar solución a su problema y continuar con su vida y en otros casos poner en riesgo su vida e impactar en su vida emocional. Aunado a lo anterior otro de los problemas que presentan los adolescentes se relaciona con las infecciones de transmisión sexual.

1.2 Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) representan un serio problema de salud pública en todo el mundo. Las ITS son infecciones que se transmiten, generalmente, de persona a persona a través de contactos sexuales; en un porcentaje menor de la madre al hijo durante el embarazo y el parto, así como a través de las transfusiones de productos sanguíneos y de trasplantes de tejidos (ONUSIDA, 2011). Cuando se transmiten mediante el contacto sexual sin protección es cuando existe penetración, vaginal o anal, aunque también es posible adquirir una ITS mediante el sexo oral; esto se genera a partir del contacto con fluidos corporales infectados, como sangre, semen, secreciones vaginales o

saliva, a través de la contigüidad de la piel por medio de heridas, o por el edema causado por secreciones patógenas en esos mismos sitios (Cruz, Ramos, & González, 2011).

Las ITS son causadas por bacterias, virus y parásitos, aquellas infecciones ocasionadas por bacterias son sífilis, gonorrea, uretritis, cervicitis, linfogranuloma venéreo, cancroide, granuloma inguinal, enteritis y vaginosis bacteriana; las infecciones causadas por virus son el herpes simple genital, úlceras genitales, sarcoma de kaposi, condilomas acuminados, hepatitis b y c, y moluscos contagiosos; finalmente, aquellas infecciones por parásitos son tricomoniasis vaginalis, úlceras genitales, candidiasis vaginal, balanopostitis, sarna, pediculosis del pubis y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (Cabral, Cruz, Ramos, & Ruíz, 2008; ONUSIDA, 2011).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que 900 mil personas se infectan a diario y se registran 340 millones de casos nuevos de ITS cada año en el mundo, y la proporción de casos es mayor entre personas de 15 a 49 años (Cruz et al., 2011).

Las ITS son un problema de salud pública dado que pueden hacer mucho daño al organismo y de no ser atendidas pueden causar la muerte; hay ITS curables que pueden tratarse con una medicación que detiene la enfermedad, e ITS incurables, de origen viral, en donde el tratamiento sólo se enfoca en detener los síntomas y prevenir el desarrollo de la enfermedad (RHRC, 2004).

Cuando una persona adquiere una ITS, el problema radica en que algunas de ellas no presenta síntomas; sin embargo, a pesar de no presentarse pueden causar complicaciones de gravedad, en especial si no se tratan en una etapa temprana. En aquellas ITS que se presentan síntomas, las personas muestran secreciones anormales de la vagina o el pene, dolor o ardor al orinar, picazón o irritación de los genitales, llagas, ampollas o bultos en los genitales, sarpullido, incluso en la palma de la mano y en la planta del pie, dolor abdominal bajo, inflamación en la ingle (Cardona, Berbesí, & Segura, 2012; Reproductive Health Response in Conflict Consortium [RHRC], 2004):

Los factores asociados con la adquisición de una ITS, pueden clasificarse en tres grupos (Cruz et al., 2011):

- **Factores biológicos:** edad (los jóvenes corren mayor riesgo cuando la iniciación sexual se da en la adolescencia temprana); estado inmunológico (las ITS aumentan el riesgo de transmisión de VIH); tipo de relación sexual (las ITS pueden entrar al organismo con mucha mayor facilidad a través de las mucosas de la vagina, recto o boca que por la piel, durante el coito, la pareja receptora (hombre o mujer) se encuentra más expuesta a las secreciones genitales en cuanto a cantidad y duración de la exposición); circuncisión (el tener prepucio, es considerado como riesgo en la adquisición de las ITS).
- **Factores conductuales:** tener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol o drogas, tener varias parejas sexuales simultáneas, cambiar frecuentemente de parejas sexuales, mantener contacto sexual con parejas *casuales*, compartir juguetes sexuales sin limpieza adecuada previa, haber tenido una ITS durante el último año, tener relaciones sexuales bajo coerción o violencia.
- **Factores sociales:** diferencias de poder, por ejemplo el poder económico o diferencias de edad; aspectos culturales, como la discriminación, por ejemplo, en muchas culturas, las mujeres toman pocas decisiones sobre sus prácticas sexuales, lo que les impide protegerse mediante el uso de condones; contextos de mayor riesgo, como por ejemplo: grupos de personas vulnerables a las ITS porque se encuentran en situaciones que dificultan la prevención de las mismas, como por ejemplo; hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres transgénero, trabajadoras y trabajadores sexuales y sus clientes, hombres o mujeres que tienen múltiples parejas sexuales simultáneas, hombres o mujeres alejados de sus parejas sexuales habituales: conductores de largas distancias o soldados, personas privadas de la libertad, mujeres y hombres que viven violencia sexual, jóvenes sin información y servicios adecuados, poblaciones indígenas o marginadas, población migrante y mujeres embarazadas.

Cada uno de estos factores lleva implícito tener relaciones sexuales desprotegidas (Castro, 2010); por lo que las medidas de prevención y control de

las ITS deben promover la reducción de las infecciones a través de una atención oportuna en donde se promueva el uso del condón para evitar el contagio (CENSIDA, 2004; Díez & Díaz, 2011).

Una de las ITS que ha impactado en la sociedad por el número de casos registrados y por el número de muertes a nivel mundial, es el VIH, ya que a pesar de que hoy en día existes tratamientos que prolongan el tiempo y calidad de vida, reduciendo los síntomas de la enfermedad, no todas las personas pueden tener acceso al tratamiento que es sumamente costoso, por lo que las estrategias deben estar orientadas a prevenir la adquisición del virus (ONUSIDA, 2013).

Es por ello que se presenta a continuación un apartado dedicado a la infección por VIH/SIDA; ya que cuando se busca prevenir esta enfermedad, al mismo tiempo se está previniendo en el resto de problemas de salud sexual, es decir también se reduce el riesgo de adquirir alguna otra ITS, embarazos no planeados y abortos.

1.3 VIH/SIDA

El VIH es un microorganismo cuya supervivencia depende de una célula viva que le permita multiplicarse, como consecuencia de la infección produce el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA, el cual causa daños en el cuerpo humano al destruir células sanguíneas específicas, llamadas células CD4, las cuales son vitales en la defensa de las enfermedades; el VIH lo que hace es debilitar el sistema inmunológico, por lo que la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones será menor y la probabilidad de que surjan enfermedades oportunistas será mayor. Cuando comienzan a manifestarse un conjunto de enfermedades diversas como producto de la presencia del VIH, es cuando se habla de la enfermedad del SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida); entre la adquisición del virus hasta la enfermedad del SIDA puede transcurrir años; de hecho, las personas que viven con el virus pueden tener una apariencia saludable y sentirse bien durante años; sin embargo, el virus afecta su cuerpo al destruir las células CD4; cuando se detecta la presencia del VIH en el cuerpo, los

pacientes deberán tener tratamientos todos los días hasta la muerte, puesto que no existe cura para la infección (Cardona et al., 2012).

El VIH puede transmitirse de tres formas, la primera es mediante el uso compartido de agujas, jeringas, instrumentos contaminados o transfusión sanguínea; la segunda, es de la madre al feto y la tercera por vía sexual (ONUSIDA, 2012b), siendo la vía sexual la forma más frecuente de transmisión, ya que más del 90% de los casos acumulados se han infectado por esta vía (CENSIDA, 2012).

De acuerdo con ONUSIDA (2013), a finales del 2012 se registraron 34 millones de casos de personas infectadas por el virus, aunque cabe mencionar que cerca del 50% de la población desconoce su estado inmunológico, por lo que las estadísticas pudieran incrementarse si todos supieran su estado. Tan sólo en 2012 se registraron 2,5 millones de nuevas infecciones por el VIH; aunque la tasa de nuevas infecciones se ha reducido a más del 50% entre los adultos (de 15 a 49 años de edad) entre 2001 y 2011.

En México, de 1983 a 2012 se tienen notificados 160,864 de casos reportados con SIDA; tan sólo en 2012 se registraron 4598 casos nuevos de SIDA y 4926 casos nuevos de seropositivos (personas que tienen el virus en su cuerpo, pero que no han desarrollado una o varias enfermedades características del SIDA); se estima que el número de personas que viven con VIH es de 179,478; de todos los casos registrados más del 80% corresponde a hombres y el resto a mujeres (CENSIDA, 2012).

La prevalencia de la infección está centrada en personas que son profesionales del sexo, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas que se inyectan drogas; muchos de ellos jóvenes que continúan siendo el centro de la pandemia (ONUSIDA, 2013).

Los adolescentes y jóvenes parecen ser una población susceptible de tener algún problema de salud sexual. Los adolescentes, al comenzar su vida sexual a edades más tempranas posibilitan un mayor número de parejas sexuales así como problemas de embarazos no deseados, que pueden terminar en aborto y pueden causar incluso la muerte; de igual forma pueden adquirir alguna ITS, que a pesar

de que se pueden combatir con antibióticos pueden quedar graves secuelas y se pueden seguir transmitiendo y continuar con la cadena de infecciones; el VIH un problema mayor dadas las implicaciones económicas y sociales que acarrea.

Es por ello que se han generado programas orientados a cambios conductuales, para promover una conducta sexual segura, centrados principalmente en la utilización correcta y consistente del uso del condón en personas sexualmente activas (ONUSIDA, 2012b).

ONUSIDA (2013) menciona que las acciones que se deben seguir para prevenir las nuevas infecciones son:

- Ampliar los programas combinados de prevención del VIH: que todas las opciones actuales de prevención del VIH se pongan a disposición de las personas en riesgo para que puedan elegir el método más adecuado.
- Circuncisión masculina: ampliar la circuncisión masculina y voluntaria puede prevenir alrededor de una de cada cinco nuevas infecciones por el VIH.
- Cambio del comportamiento sexual para evitar el VIH: la educación sexual adecuada a la edad puede ampliar el conocimiento y contribuir a un comportamiento sexual más responsable.
- Aumento del uso sistemático y correcto del preservativo: el uso del preservativo es un elemento crucial de la prevención del VIH y una de las tecnologías más eficaces disponibles para reducir la transmisión sexual del VIH.
- Llegar a las poblaciones en mayor riesgo: el VIH sigue afectando a profesionales del sexo, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas que se inyectan drogas.

Instituciones a nivel internacional (ONUSIDA, 2012b), han creado campañas preventivas para disminuir los problemas de salud sexual en personas con una vida sexual activa; una de las formas que más se ha difundido, es la consistencia en el uso del condón, es decir usarlo en todas y cada una de las relaciones sexuales; sin embargo, a pesar de que existe una gran difusión para su uso, todavía existe un porcentaje considerable que no lo utiliza en sus relaciones sexuales (Cármaco et al., 2003; Padilla, Guilamo-Ramos, & Bouris, 2010).

ONUSIDA señala que se debe poner atención en aquellas personas que por diversos factores sociales y económicos aumentan su vulnerabilidad ante la infección, y con ello poder comprender qué lleva a los jóvenes a usar o no condón en sus relaciones sexuales (ONUSIDA, 2010).

1.3.1 Grupos de población clave

De acuerdo con Rodríguez y Ávila (2008), en los inicios de la pandemia del SIDA se hablaba de *grupos de riesgo* identificados como homosexuales, sexoservidoras y drogadictos, entre otros, propiciando con ello la discriminación o estigmatización de estos grupos. Ante esa situación se prefirió cambiar el término a *prácticas de riesgo, y situaciones y contextos de riesgo*, que permiten hablar de factores socioculturales, económicos y políticos vinculados con ciertos sectores de la población, dejando de lado posturas moralistas y concepciones individualistas. En este sentido, se descartaron las ideas acerca de grupos de riesgo, incorporándose el concepto de situaciones y contextos de riesgo para establecer enfoques de vulnerabilidad social y del riesgo asociado. Rodríguez y Ávila (2008) explican que desde esta concepción, el riesgo individual se encuentra inscrito en una estructura (factores ya antes mencionados) que hace que algunos sectores sean más vulnerables que otros y, por lo tanto, adquieran mayor probabilidad de infectarse por el VIH, por lo que enfatizan que no sólo es una enfermedad sino que se trata de un problema social que rebasa las prácticas individuales y de los sistemas de salud.

Al respecto, ONUSIDA (2010) señala que una variedad de comportamientos son relacionados con un riesgo elevado de contraer VIH, los cuales son muy específicos del contexto social; por ejemplo, legalidad de las drogas, situaciones económicas como turismo, migración estacional o política, entre otras que probabilizan que en ciertos lugares existan personas con mayor vulnerabilidad a la infección por el VIH. Entre estos grupos vulnerables están:

1. **Comunidades rurales.** Los habitantes de las zonas rurales en los países pobres suelen encontrarse especialmente desfavorecidos en términos de

servicios sociales; además, en todo el mundo se cuentan por millones las personas que no tienen acceso a las prestaciones de prevención del VIH, asistencia sanitaria o apoyo en estas comunidades.

2. **Lugar de trabajo.** El ámbito de la atención sanitaria (por el contacto con sangre infectada en el trabajo), y profesiones con mayor prevalencia de VIH que la población general (debido al mayor riesgo que asumen ciertos trabajadores como los militares, los mineros y los conductores de camión).
3. **Entornos carcelarios.** Los índices de infección por VIH entre los reclusos en prisiones y otros centros de detención de un gran número de países, son, por diversos motivos, significativamente mayores que los de la población general, ya que, por ejemplo, constituyen un lugar de consumo ilegal de drogas, de uso de drogas inyectables sin ningún tipo de protección, de prácticas sexuales sin protección, de violencia, de violaciones y en el que se realizan tatuajes con material contaminado.
4. **Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.** Esta expresión describe un comportamiento, más que un grupo específico de personas, y puede aplicarse tanto a los hombres que reconocen ser homosexuales como a bisexuales, transexuales y heterosexuales; dicha conducta se caracteriza por tener relaciones sexuales anales; y cuando no se utiliza condón el riesgo de infección es más alto.
5. **Jóvenes.** La mitad de las nuevas infecciones por el VIH a escala mundial se producen en jóvenes de 15 a 24 años. En muchas partes del mundo un gran número de jóvenes son sexualmente activos a una edad muy temprana, no son monógamos y no usan preservativos habitualmente. Además, consumen alcohol y drogas (incluyendo las inyectables), lo que aumenta en gran medida su exposición al riesgo de infección del VIH.
6. **Migrantes y trabajadores móviles.** A lo largo de la historia, los movimientos de población han representado un factor importante en la propagación de las enfermedades infecciosas. Por personas móviles se entiende aquellas que se trasladan de un sitio a otro de manera temporal, estacional o permanente. Entre los factores que influyen sobre esta vulnerabilidad se incluyen el género,

la edad, la situación económica, si la migración es forzosa o voluntaria, las condiciones de vida, la fase del proceso de la migración, el comportamiento de la comunidad a la que se llega y la disponibilidad de los servicios.

7. **Mujeres y niñas.** Las mujeres suelen sufrir el impacto del VIH de manera más severa que los hombres. Los efectos de las desigualdades por razones de género hacen que mujeres y niñas estén más expuestas al VIH. El menor acceso a la educación y a la economía probabilizan que las mujeres tengan una mayor dependencia de los hombres en sus relaciones, y muchas que carecen de medios de subsistencia tienen que recurrir al comercio sexual para poder vivir y mantener a sus hijos, además de que las mujeres y niñas corren mayor riesgo de infectarse por el VIH por razones biológicas.
8. **Niños y huérfanos.** La gran mayoría de niños que contraen el VIH, es por la transmisión materna infantil, ya sea durante la gestación, el parto o la lactancia. La transmisión del VIH a los niños se debe también al uso de jeringuillas o productos que contienen sangre contaminada y, en el caso de las niñas, a abusos sexuales.
9. **Personas que viven con el VIH.** En su gran mayoría, las personas que viven con el VIH en el mundo no son conscientes de su situación, lo que les impide solicitar ningún tipo de tratamiento o atención o cambiar los comportamientos con los que pueden ponerse en riesgo ellas mismas y exponer a otras personas, como a sus parejas sexuales, a contraer (nuevas) infecciones.
10. **Población indígena.** Muchos indígenas viven como minorías marginadas en condiciones de pobreza y total indefensión e impotencia, una situación que favorece la propagación del VIH, sin embargo, son escasos los esfuerzos concretos para controlar la epidemia en estos contextos.
11. **Profesionales del sexo y clientes.** La gran mayoría de los contagios por el VIH en el mundo se produce por transmisión sexual. Los entornos en los que las personas tienen varias parejas sexuales son especialmente propicios para la propagación del virus, en este rubro se incluyen personas de sexo masculino y femenino, siendo los más vulnerables los millones de niños comprados y vendidos por los traficantes.

- 12. Refugiados y desplazados internos.** Personas que se han visto forzadas a abandonar sus vidas para escapar de conflictos, de persecución o de violencia. Entre ellos se encuentran refugiados y solicitantes de asilo que huyen de su país, las personas desplazadas dentro de las fronteras de su propio país (desplazados internos) y los apátridas. Numerosos factores contribuyen al aumento del riesgo de transmisión del VIH entre los refugiados en las fases de emergencia y post-emergencia que viven.
- 13. Operaciones de mantenimiento de la paz y servicios uniformados.** El índice de infección por transmisión sexual entre las fuerzas armadas es normalmente mayor que en otros grupos de la población civil. La interacción entre el personal uniformado, las poblaciones afectadas y los trabajadores humanitarios crea un entorno en el que todos están en gran riesgo de infección por el VIH; por ejemplo, el personal uniformado dispone de los recursos económicos para pagar servicios sexuales, mientras que las comunidades en conflicto con frecuencia han perdido su medio de subsistencia.
- 14. Usuarios de drogas inyectables.** El intercambio de agujas y jeringas infectadas es el principal comportamiento de riesgo entre los usuarios de drogas inyectables, pero también lo son las prácticas sexuales inseguras, puesto que, además, una vez que el VIH se ha introducido en esta comunidad, se puede propagar su infección rápidamente a la población general si no existen medidas de prevención precoz.

En México de acuerdo con CENSA (2010), los grupos de población clave son hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores del sexo, usuarios de drogas inyectadas, grupos transgénero y población privada de la libertad.

La presente investigación se centra en población privada de la libertad; de esta forma se busca impactar en tres de las cinco acciones que ONUSIDA propone para prevenir nuevas infecciones; cambiar el comportamiento sexual para evitar el VIH, aumentar del uso sistemático y correcto del preservativo y llegar a las poblaciones en mayor riesgo. A continuación se describen las características de estos entornos carcelarios.

1.3.2 Población privada de la libertad

Este tipo de población se caracteriza por tener una salud más deteriorada que la población general y una mayor exclusión social (Oviedo-Joekes et al., 2005). De acuerdo con CENSIDA (2009), vivir en contexto de prisión, constituye un factor de riesgo importante para la adquisición de múltiples enfermedades, debido a condiciones de insalubridad que presenta la mayoría de los centros de reclusión en México por los altos niveles de hacinamiento carcelario y a la poca disponibilidad de recursos de salud.

Hernández y Mejía (2010) realizaron un análisis sobre la accesibilidad a los servicios de salud en la población reclusa, ellos encontraron que a pesar de que se han realizado avances para garantizar la atención en salud, persisten obstáculos y limitaciones que vulneran el derecho a su salud, ya sea por falta de infraestructura adecuada, personal insuficiente o por un escaso suministro de medicamentos. De igual forma, ONUSIDA (2008) menciona que también existen escasos niveles de cobertura para servicios claves como educación, trabajo y atención de salud, lo cual refuerza y agrava la escasa cobertura en la atención de salud.

De acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2012) y CENSIDA (2009), existen más de 10 millones de personas en la cárcel en todo el mundo; siendo el VIH un grave problema de salud; esto es debido a la elaboración de tatuajes con equipos caseros y sin esterilizar, al uso de drogas con jeringas compartidas, a relaciones sexuales de alto riesgo y violaciones; de igual forma, en personas ya infectadas el hacinamiento ayuda a la propagación de infecciones oportunistas, y el estrés, la desnutrición, la violencia y las drogas debilitan el sistema inmune, haciendo que las personas VIH positivas sean más susceptibles de enfermarse.

El Ministerio de la Protección Social de Colombia (2011) menciona que las prisiones en Latinoamérica son ambientes altamente vulnerables en lo que respecta a la infección por VIH, dado que la prevalencia en esos sitios puede llegar a ser hasta veinte veces más alta que en la población general; además de lo

que menciona la PNUD también la población es más susceptible de presentar violencia con armas corto-punzantes, maltrato y discriminación por parte de distintos tipos de actores, así como abuso sexual y ejercicio de distintas formas de violencia física y psicológica.

De acuerdo con ONUSIDA (2009), los programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo contra el VIH no se encuentran en un nivel de desarrollo y ejecución adecuados para responder al problema del VIH en las cárceles; además, en los entornos carcelarios en general no se abordan las necesidades específicas de cada género; y tampoco se considera que el comportamiento sexual de las personas encarceladas les afecte a ellos sino también, a sus parejas sexuales, a sus familias y a las comunidades en las que viven (Senteio, Wright, Jackson, Welk, & Zhang, 2010); por lo que es importante conocer qué tipo de personas son las que se delinquen y considerar sus características en los programas de prevención.

En ese sentido las características sociodemográficas de la población privada de la libertad, se encuentra que el grueso de la población presenta la conducta antisocial en el rango de edad de los 15 a los 17 años, manteniéndose esta tendencia en las últimas décadas; de igual forma el crimen organizado ha cobrado fuerza en los últimos años en los adolescentes en México, y se ha asociado con delitos contra la salud, homicidio calificado y robo (Vázquez, 2012).

Los adolescentes en conflicto con la ley se caracterizan por tener una escolaridad igual o inferior al tercer grado de primaria y su escolaridad actual la han alcanzado durante su internamiento (secundaria); en el caso del consumo de sustancias, los adolescentes consumen drogas ilegales (marihuana, cocaína, heroína, éxtasis, entre otras); siendo el consumo de sustancias un factor de riesgo de violencia, dado que las sustancias ilegales parecen representar un riesgo mayor de llevar a cabo comportamientos de tipo delictivo (Mariño, 2012).

En la investigación realizada por Herrera, Ampudia y Reidl (2013) identificaron variables personales, escolares, familiares, de salud y de consumo de sustancias que distinguieran a jóvenes mexicanos en conflicto con la ley de sus pares sin conflicto; ellas encontraron que los jóvenes en conflicto se caracterizan

por tener mayores problemas escolares y familiares; por ejemplo, deserción escolar, consumo de sustancias, maltrato en el hogar, detenciones, riñas, inicio de actividad sexual y estado general de salud deteriorado.

Por otro lado, los factores asociados a la delincuencia se caracterizan por un elevado consumo de drogas; situación económica insuficiente, ausencia de apoyo familiar y de manera en general condiciones negativas en su contexto familiar y social; presencia de antecedentes sociales delictivos de los padres (Salazar-Estrada, Teresa Torres-López, Reynaldos-Quinteros, Figueroa-Villaseñor, & Araiza-González, 2011).

Como se puede observar, son los adolescentes quienes más presentan conductas delictivas, lo cual trae como consecuencia la deserción escolar, el desempleo, y por ende, bajos recursos económicos (Mendoza et al., 2012); en algunos caso rechazo por parte de sus padres (León et al., 2008; Panduro et al., 2012); o consumo de drogas (Dembo, Belenko, Childs, Greenbaum, & Wareham, 2010).

Dadas las diferentes conductas que presentan y que ponen en riesgo su salud, y dadas las estadísticas del VIH, son los adolescentes quienes están en mayor riesgo; por lo que se debe poner atención a grupos de jóvenes privados de la libertad para orientarlos a que tengan un comportamiento sexual preventivo.

Para ello, en la presente investigación, se trabajó en una de las seis Comunidades Especializadas de Atención para Adolescentes, este lugar depende de la Dirección General de Tratamiento para Adolescentes (DGTPA) que forma parte de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario del Gobierno del Distrito Federal en México (DGTPA, 2013).

En estas comunidades se atiende a jóvenes en conflicto con la ley, en donde atraviesan por experiencias educativas y formativas, además de convivir con sus pares, familiares y un conjunto de profesionistas especializados en el tratamiento de adolescentes. De acuerdo a la DGTPA, cuatro de las comunidades se encargan de atender a varones en reclusión y una más a mujeres que se encuentran en esta misma situación; la última atiende a ambos sexos que se encuentran en libertad. Las comunidades son: Comunidad de Tratamiento

Especializado para Adolescentes (CTEA), Comunidad para el Desarrollo de Adolescentes (CDA), Comunidad de Diagnóstico Integral para Adolescentes (CDIA), Comunidad Externa de Atención para Adolescentes (CEAA), Comunidad Especializada para Adolescentes “Dr. Alfonso Quiroz Cuarón” (CEA-QC) y la Comunidad para Mujeres (CM).

La Comunidad en la que se trabajó fue la CDIA cuyo objetivo es “Realizar un diagnóstico integral del adolescente para el diseño de estrategias de intervención en sus diferentes modalidades de medidas impuestas (interna y externa) con base a la ley de justicia para adolescentes en conflicto con la ley, así como establecer un programa de trabajo que favorezca su reinserción psicosocial y disminuir la comisión de conductas infractoras, salvaguardando su integridad física e higiene mental en tanto se dicte su resolución judicial” (DGTPA, 2013).

En esta comunidad se atiende a adolescentes que se encuentra en conflicto con la ley pero que aun no tienen una sentencia por parte del juez; una vez que obtienen su fallo; salen en libertad, o los trasladan a otra comunidad a cumplir con su sentencia.

A modo de conclusión, son los jóvenes quienes presentan problemas de salud sexual, ya que de acuerdo con las estadísticas son a edades tempranas cuando comienzan su vida sexual y no toman las medidas preventivas para evitar embarazos no planeados, abortos e ITS; además es cuando presentan otro tipo de problemas como lo es estar en un entorno carcelario, la vulnerabilidad es mayor.

En el siguiente capítulo, se analiza diferentes investigaciones centradas en evaluar qué lleva a los adolescentes y jóvenes a tener una conducta sexual de riesgo o prevención.

CAPÍTULO 2. ESTUDIO DE LA CONDUCTA SEXUAL PROTEGIDA

En la primera parte de este capítulo se analizan los diversos modelos psicológicos que tratan de explicar y predecir el por qué una persona tiene un comportamiento sexual preventivo, en la segunda parte se discute la importancia de evaluar la conducta sexual considerando diversos contextos en los que se encuentra la persona, proponiendo como marco de referencia el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987); en la última parte se analiza el comportamiento sexual de población privada de la libertad haciendo énfasis en la importancia del modelo propuesto para conocer qué lleva a jóvenes en conflicto con la ley a tener una conducta sexual de riesgo o prevención.

2. 1 Desde diferentes modelos psicológicos

En las últimas décadas, los especialistas en salud en el ámbito internacional y en México, han incursionado en el estudio de las relaciones entre el funcionamiento psicológico, la preservación de la salud y el desarrollo de diferentes enfermedades, entre ellas, el VIH/SIDA, para lo cual se han utilizado y/o creado modelos que tratan de explicar o predecir el comportamiento sexual, dichos modelos parten de la premisa de que cambios en variables de tipo cognitivo facilita el que una persona lleve a cabo un comportamiento preventivo, como por ejemplo, el uso del condón. Algunos modelos son:

- Modelo de creencias de salud (Rosentock et al., 1994).
- Modelo de autoeficacia (Bandura, 1999).
- Modelo basado en la teoría de acción razonada (Ajzen & Fishbein, 1980).
- Modelo basado en la teoría de la conducta planeada (Ajzen, 1985).
- Modelo de información-motivación-habilidades conductuales (Fisher & Fisher, 1992).
- Modelo integral (Fishbein, 2000).

- Modelo de salud desde una perspectiva conductual (Bayés, 1992; Piña, 2008; Ribes, 1990).

Desde el **modelo de creencias de salud (MCS)**, la conducta sexual preventiva depende, en un primer momento, de qué tanto una persona valora una meta específica (por ejemplo, evitar la infección por el VIH/SIDA) y del juicio que hace sobre una conducta particular que le permitirá alcanzar dicha meta (valorar el uso del condón como la mejor opción para protegerse del virus). En un segundo momento, la persona debe percibirse en riesgo de infectarse del VIH/SIDA (susceptibilidad percibida) y percibir la gravedad del SIDA (severidad percibida). Si el individuo se percibe como vulnerable ante el VIH/SIDA y valora la enfermedad como grave, entonces la persona considerará usar el condón en sus relaciones sexuales (Rosentock et al., 1994).

La evidencia empírica muestra que la susceptibilidad y severidad percibida se relaciona con el uso del condón en relaciones sexuales (Meekers & Klein, 2002), también se ha encontrado que a mayor percepción de riesgo, menor es la frecuencia de conductas sexuales de riesgo (DiClemente, Salazar, & Crosby, 2007); sin embargo, también se ha encontrado ciertas incongruencias, ya que a pesar de que las personas consideren al VIH/SIDA como una enfermedad grave, ello no significa que se sientan vulnerables de contraer el virus (Moreno & Roales-Nieto, 2003). A pesar de esas incongruencias, el modelo ha aportado los cimientos de cómo las creencias juegan un papel importante en el comportamiento, y ha sido la base para la creación de nuevos modelos.

De la teoría del aprendizaje social por propuesta por Albert Bandura, se derivó el **modelo de autoeficacia (MA)** para explicar el comportamiento sexual preventivo (Bandura, 1999). En términos generales, desde este modelo la conducta sexual preventiva dependerá de las creencias que tiene la persona acerca de sus capacidades (autoeficacia percibida), es decir, qué tan capaz se percibe para poder usar condón en sus relaciones sexuales. Esta percepción de eficacia dependerá del nivel de información que posee, de las expectativas de resultados (usar condón previene el VIH) y de las intenciones meta (usar condón).

Desde este modelo, se ha encontrado que la autoeficacia es un predictor para usar condón en las relaciones sexuales (Robles, Piña, Frías et al., 2006); en otro estudio, DiClemente et al. (2001) evaluaron la autoeficacia para negociar conductas sexuales saludables en mujeres; encontrando que cuando no se sienten capaces de poder negociar un comportamiento saludable se asocia con una frecuencia menor de la comunicación en la pareja y dejar que ésta sea quien tome las decisiones.

El MA aporta al campo de la prevención del VIH cómo el percibirse capaz de usar condón en relaciones sexuales se asocia con el uso del condón, aunque no necesariamente significa que sea un buen indicador; ya que se ha encontrado que para sentirse capaz de usar condón, dependerá de las habilidades que tiene para llevar a cabo el comportamiento deseado, en este caso usar condón (Farmer & Meston, 2006).

La **teoría de acción razonada (TAR)** propuesta por Ajzen y Fishbein (1980) establece la forma en la que se relacionan las creencias, actitudes e intenciones de una persona con la conducta. El modelo propuesto indica que la intención está articulada con dos elementos, la actitud hacia la conducta y la norma subjetiva, es decir; por un lado, con los sentimientos que permiten generar valoraciones hacia la conducta de usar condón; y por otro lado, la percepción de la persona respecto a la presión social para llevar a cabo o no la conducta de usar el preservativo.

En el estudio realizado por Bosompra (2001), se encontró que las intenciones para usar el condón están influenciadas por las personas que son significativas; es decir, si la pareja sexual, el grupo de pares y los padres consideran adecuado el uso del condón. En otro estudio (Sánchez & Muñoz, 2005), se analizó el papel que juegan las actitudes hacia el uso del condón, encontrando una asociación entre las actitudes de los padres y amigos sobre la actitud del adolescentes; es decir, si los padres y su grupo de pares tienen una actitud favorable hacia el uso del condón, es más probable que los adolescentes también tengan una actitud positiva para usarlo en sus relaciones sexuales y a su vez que se tenga la intención que quererlo usar en su próxima relación sexual.

La TAR representa una de las teorías que se ha utilizado más para explicar el comportamiento sexual de riesgo e inclusive existe gran evidencia empírica que demuestra cómo las intenciones han resultado ser el mejor predictor del uso del condón; sin embargo, autores como Azjen (1985) mencionan que existe un elemento importante a considerar entre las intenciones y la conducta, surgiendo así la **teoría de la conducta planeada (TCP)** que permite una explicación que muestra cómo entre las intenciones y la conducta existe un elemento que puede ayudar a comprender el por qué las personas llevan a cabo una determinada conducta.

La TCP considera que la conducta puede ser explicada con los mismos elementos de la TAR siempre y cuando se incluya el constructo denominado control conductual percibido que afecta directamente a la intención e indirectamente a la conducta (Ajzen, 1985). El control conductual percibido hace referencia a las valoraciones individuales sobre la facilidad o la dificultad de llevar a cabo la conducta preventiva, la cual está relacionada con los recursos de la persona y las oportunidades que el individuo posee para realizar el comportamiento sexual preventivo; este constructo es clave, ya que de éste depende la intención usar el condón en las relaciones sexuales

Vargas, Barrera, Burgos y Daza (2006) encontraron, en una muestra de adolescentes de secundaria, que las intenciones de tener relaciones sexuales en la adolescencia son un buen predictor de la conducta sexual; el control conductual percibido en el caso particular de este estudio se refirió al análisis que hace la persona sobre si tiene la capacidad de poder propiciar un encuentro sexual y de las habilidades con que cuenta para poderlo llevar a cabo; en la muestra evaluada se encontró que cuando se tienen un control conductual percibido, en donde el uso del condón depende de la propia persona, es más probable que usen condón en sus relaciones sexuales.

La TCP a diferencia de la TAR, incluye el control conductual percibido entre las intenciones y la conducta preventiva. A esto se le conoce como locus de control (a qué atribuye lo que hace, a algo externo o interno); sin embargo, en el contexto de los mexicanos se ha encontrado que las personas tienden a

responder en función de la situación, lo que hace difícil utilizar este modelo para explicar el comportamiento sexual en nuestra población (Piña, 2004).

Hasta el momento, los modelos presentados indican cómo variables cognitivas influyen en el comportamiento sexual; sin embargo, existen otros modelos que además de estas variables consideran las habilidades conductuales. El **modelo de información-motivación-habilidades conductuales (IMB**, por sus siglas en inglés) propuesto por Fisher y Fisher (1992) considera que los cambios en la conducta sexual están influidos por tres aspectos, la información, la motivación y las habilidades conductuales. El componente de información hace referencia al conocimiento que se tiene sobre qué se tiene que hacer para estar saludable; la motivación, está conformada por actitudes acerca de la prevención del VIH/SIDA, influencia de las normas sociales, la vulnerabilidad percibida de contraer VIH y la percepción de los costos-beneficios de prevenir del VIH; el tercer componente hace referencia a las habilidades conductuales que poseen, como por ejemplo, la habilidad de negociar el uso del condón con la pareja.

Jaworski y Carey (2001) evaluaron una intervención para reducir el riesgo de ITS en mujeres; estos investigadores encontraron que cuando se da información acerca del VIH y se complementa con variables como la motivación y el entrenamiento en habilidades se probabiliza un comportamiento sexual preventivo.

Es importante resaltar que el IMB no sólo se utiliza para describir cómo una persona llega a tener un comportamiento determinado, sino que ha sido utilizado en la implementación y desarrollo de programas de intervención demostrando que cuando se combinan los tres elementos (información, motivación y habilidades conductuales) se tienen resultados más favorables que cuando se manejan sólo uno o dos componentes (Tulloch, McCaul, Miltenberger, & Smyth, 2004).

El **modelo integral (MI)** propuesto por Fishbein (2000), plantea la necesidad de integrar los modelos antes mencionados en uno sólo; e incluye dos elementos las habilidades conductuales, como pueden ser las habilidades para usar correctamente el condón, y los límites ambientales, como por ejemplo el tipo de persona bajo estudio (jóvenes universitarios, hombres que tienen sexo con

hombres, entre otros) y el tipo de pareja sexual ya sea regular u ocasional, y el tipo de práctica sexual, vaginal, anal u oral. Se incluye una serie de variables distales, que de manera indirecta afectan el valor predictivo de las intenciones, como por ejemplo la edad, estatus socioeconómico; aspectos culturales, personalidad de la persona, emociones y haber estado expuesto a situaciones de intervención; asimismo estas creencias se verán influidas por las actitudes, normas y la percepción de autoeficacia.

Se han realizado investigaciones que han encontrado hallazgos congruentes con el MI (Rhodes, Stein, Fishbein, Goldstein & Rotheram-Borus; 2007). También se ha visto que es posible reducir comportamientos sexuales de riesgo cuando se utilizan programas diseñados a partir del Modelo Integral (Gallegos, Villarruel, Loveland, Ronis, & Zhou, 2008).

Este modelo, considera la importancia de las habilidades conductuales y de los límites ambientales como variables psicológicas que se vinculan a la conducta sexual protegida, enriquece y complementa la forma de abordar la investigación sobre la prevención del VIH/SIDA.

Los modelos anteriores, centran la explicación de la conducta sexual a partir de cómo variables de tipo cognoscitivo se asocia con determinados comportamientos; sin embargo, se ha encontrado algunas incongruencias, por ejemplo, a pesar de tener creencias favorables hacia el uso del condón, niveles altos de conocimientos sobre VIH/SIDA, percibirse en riesgo, tener la intención para usar el condón en relaciones sexuales; no necesariamente implica que las personas usen condón en sus relaciones sexuales (Enríquez & Sánchez, 2004; Moreno et al., 2008; Robles, Piña, Frías et al., 2006; Robles, Piña, & Moreno, 2006).

Motivo por el cual se han creado modelos desde una perspectiva conductual que explican el comportamiento sexual, como por ejemplo el **modelo psicológico de salud biológica (MPSB)** propuesto por Ribes (1990) y su derivación del modelo aplicado particularmente a la prevención del VIH/SIDA propuesto por Bayés (1992).

Entre los elementos que se han evaluado a partir de estos modelos están; la historia conductual en relación con la conducta sexual de riesgo, como por ejemplo: edad del debut sexual y número de compañeros sexuales que se han tenido en toda la vida (Enríquez, Sánchez, & Robles, 2005; Moreno et al., 2008), frecuencia de las relaciones sexuales y del uso del condón (Enríquez & Sánchez, 2004; Rasmussen-Cruz, Martín, & Alfaro-Alfaro, 2003), tipo de persona con la que se tienen relaciones sexuales (Piña, 2004). Específicamente las variables del modelo que se han evaluado son: circunstancias sociales y motivos para protegerse (Piña & Urquidi, 2004), competencias funcionales (Díaz-González, Rodríguez, Robles, Moreno, & Frías, 2003; Moreno et al., 2008); así como aspectos situacionales como autoeficacia y tipo de pareja; vulnerabilidad biológica, ejemplo el tipo de práctica sexual (Robles, 2005); cada uno de estos elementos es asociado con el uso del condón en relaciones sexuales.

Grosso modo, estos son algunos de los modelos que se han utilizado para explicar o predecir el comportamiento sexual de riesgo; como se puede observar existe una gran diversidad de ellos que están enfocados en asociar las variables que mejor explican la conducta de prevención; sin embargo, DiClemente et al. (2007) sugieren que para lograr una mejor comprensión del fenómeno de la prevención del VIH/SIDA se deben tomar en cuenta las distintas esferas sociales en las cuales el adolescente se encuentra inmerso dado que de esta manera, se puede tener un panorama más amplio que permite conocer qué otros contextos y personas pueden estar asociados a la conducta sexual, como por ejemplo la familia, el grupo de pares y la comunidad en donde vive, una propuesta es el modelo ecológico de Bronfenbrenner. A continuación, se profundiza en este modelo.

2.2 Desde el modelo ecológico

El Modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987) es el marco de referencia que permite evaluar el comportamiento sexual de los jóvenes considerando el papel que juegan los diferentes contextos en los cuales ellos se encuentran

inmersos. Desde este marco, se concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras que están seriadas y ordenadas en diferentes niveles, los cuales son el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema.

El **nivel micro (microsistema)** se refiere al contexto más inmediato de la persona, corresponde al patrón de actividades, roles, relaciones interpersonales que la persona experimenta en un entorno determinado en el que participa. Dadas las características de los elementos que definen este nivel, algunos ejemplos que se pueden ubicar en el contexto del comportamiento sexual de riesgo y que se han encontrado en las investigaciones que parten de este modelo, son:

a) *conocimientos* que se tiene respecto a la prevención y transmisión del VIH/SIDA, en donde se ha encontrado que niveles altos de información son necesarios pero no suficientes para que una persona se comporte de manera preventiva (Robles, 2005); b) *actitudes e intenciones* para usar el condón, actitudes favorables y la intención de usar condón en su próxima relación sexual son algunos indicadores que hacen más probable la ocurrencia de una conducta sexual saludable (González, 2009); c) *autoeficacia*, es decir si se siente capaz de usar condón en sus relaciones sexuales o de negociar su uso, mayor autoeficacia se asocia con mayor probabilidad de usar condón en sus relaciones sexuales (Vargas & Barrera, 2002); d) *creencias* sobre el uso del condón; creencias favorables sobre su uso coadyuva a que las personas lo utilicen (Enríquez & Sánchez, 2004); e) *autoestima* y su relación con el comportamiento sexual, se ha encontrado que una autoestima más alta se asocia con el uso del condón en relaciones sexuales (Van Horne, Wiemann, & Berenson, 2009); y f) *comunicación* que establece la pareja sobre temas sexuales y sobre la negociación de comportamientos preventivos; acerca de este punto, se ha encontrado que a mejor comunicación sobre el uso del condón, mayor es su uso (Auerbach & Coates, 2000).

El **nivel meso (mesosistema)** comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona participa activamente, por ejemplo, la familia, el grupo de pares y la comunidad en donde vive. Respecto a la familia, se considera que cuando ésta se involucra en las actividades que realizan los hijos y cuando

existe una mejor comunicación entre padres e hijos, éstos tienden a tener comportamientos sexuales preventivos (Henrich, Brookmeyer, Shrier, & Shahar, 2006; Okafor & Holder, 2005); algunas variables familiares, son: a) *estructura familiar*, se refiere si la persona vive con uno o ambos padres, investigaciones han reportado que cuando los adolescentes viven con ambos padres es más probable que tengan comportamientos sexuales preventivos (Kim, 2007); b) *apoyo familiar*, que indica el tipo de apoyo recibido por parte de la familia, principalmente de los padres en términos emocionales, financieros y de información recibida, a este respecto se ha encontrado que con mayor apoyo por parte de los padres, los hijos retardan la edad de debut sexual o incrementan el uso del condón (Van Horne et al., 2009); c) *monitoreo y supervisión parental*, es decir, cuánta participación existe del padre o la madre en el cuidado de los hijos; se ha asociado que cuando hay mayor monitoreo parental, los hijos retardan la edad de debut sexual (Voisin, DiClemente, Salazar, Crosby, & Yarber, 2006); y d) *comunicación entre padres e hijos*, es decir, si hablan de sexualidad o de relaciones sexuales, mayor comunicación se asocia con comportamientos sexuales preventivos (Chapman & Werner-Wilson, 2008).

Otro contexto que se considera en este nivel (mesosistema) es el grupo de pares, el cual se ha asociado que los amigos influyen en los adolescentes para tener o no comportamientos preventivos, partiendo de la idea de que puede existir presión social de los compañeros para realizar cierto tipo de conductas, como por ejemplo el tener relaciones sexuales desprotegidas, está presión por parte de los amigos se puede ubicar como *norma social* del grupo de pares (Ayoola, Nettleman, & Brewer, 2007). Finalmente, otros contextos considerados en este nivel son la *Escuela, el Trabajo y la comunidad en donde viven*, estos son significativos en la medida en que repercuten en su comportamiento sexual, por ejemplo el recibir información en la escuela sobre sexo seguro, o si en la comunidad en donde vive hay mayor incidencia de VIH/SIDA o de embarazos no deseados (Brendgen, Wanner, & Vitaro, 2007; Padilla et al., 2010).

El **nivel exo (exosistema)**, se refiere a los sistemas que no están directamente relacionados con el adolescente pero que lo afectan de manera

indirecta. Por ejemplo, a) *situación laboral de los padres*, tiene un influencia sobre el monitoreo y supervisión parental, ya que cuando se tiene una gran cantidad de horas laborando es menos probable que los padres tengan tiempo para supervisar lo que hacen sus hijos (DiClemente et al., 2007); y b) el *nivel de escolaridad de los padres*, bajos niveles de escolaridad se ha asociado con el comportamiento sexual de riesgo de los hijos (Vélez-Pastrana, González-Rodríguez, & Borges-Hernández, 2005).

El **nivel macro (macrosistema)** lo configuran los factores socioeconómicos, ideológicos y culturales en los que se desenvuelve la persona, y todos los individuos de su sociedad que afectan o pueden afectar transversalmente a los sistemas de menor orden (micro, meso y exo); en la literatura revisada generalmente se evalúa este nivel en términos de estatus socioeconómico (Corcoran & Franklin, 2002) y la raza (Knowlton, Buchanan, Wissow, Pilowsky, & Latkin, 2008), la crítica fundamental es que evaluar un nivel macro sólo con ingresos y raza no es representativo de la cultura; por lo que se propone incluir en este nivel: a) *premisas socioculturales*, entendidas como aquellas que norman y gobiernan los sentimientos, las ideas, la jerarquización de las relaciones interpersonales, así mismo estipula los tipos de papeles sociales que hay que cumplir, las reglas de interacción de los individuos en tales papeles, los dónde, cuándo, con quién y cómo desempeñarlos; que en el contexto del terreno sexual pueden guiar dicho comportamiento (Díaz-Guerrero, 1994), partiendo de las premisas socioculturales, la cultura entreteje las creencias relacionadas con el papel que hombres y mujeres juegan en la sociedad, dando lugar a los *estereotipos de género* (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005); particularmente cuál es el comportamiento sexual que socialmente se le permite a un hombre y a una mujer; y, b) *influencia de los medios de comunicación*; asociados con el comportamiento de los adolescentes, particularmente referente a la información que reciben de la televisión, radio e internet sobre sexualidad (Voisin et al., 2006).

Con base en este modelo, se plantea que para que una persona tenga comportamientos preventivos, se requiere analizar no sólo lo que ocurre en cada

uno de estos niveles, sino la interacción entre niveles; por ejemplo, para que una persona use condón en sus relaciones sexuales se tiene que indagar sobre cuál ha sido su patrón de comportamiento sexual habitual, la información que posee sobre prevención del VIH/SIDA, lo que percibe en torno a contagiarse de VIH, los contextos en los que tiene relaciones sexuales, si son bajo la influencia de alcohol, drogas, el tipo de pareja (ocasional/estable), la comunicación de la y con la pareja, la vinculación entre comportamiento sexuales con la familia y los amigos; así como la influencia cultural que recibe la persona para tener o no comportamientos preventivos, por sólo mencionar un ejemplo de algunos microsistemas involucrados.

Las investigaciones realizadas para explicar el comportamiento sexual desde el modelo ecológico, están centradas en la iniciación romántica y sexual (Vargas & Barrera, 2002), el estigma de la sociedad sobre el VIH (Okafor & Holder, 2005), los factores de riesgo para contraer VIH/SIDA (El-Bassel, Caldeira, & Ruglass, 2009; Voisin et al., 2006); los contextos sociales que favorecen comportamientos sexuales de riesgo (Padilla et al., 2010); embarazo del adolescente (Ayoola et al., 2007; Corcoran & Franklin, 2002); y en la influencia de la familia en el comportamiento sexual (Corcoran, 2001; Chapman & Werner-Wilson, 2008; Henrich et al., 2006; Vélez-Pastrana et al., 2005). En cada una de estas investigaciones el énfasis está en analizar cómo a partir de los diferentes contextos en los que se encuentra la persona, es posible comprender de una manera diferente el fenómeno y tener mayores herramientas de análisis que posibiliten una mejor comprensión de qué sucede y con base en ello generar propuestas de intervención.

En cuanto al tema de la iniciación romántica y sexual temprana, Vargas y Barrera (2002) identificaron aquellas variables que se asocian para que un adolescente inicie su vida sexual activa, encontrando variables individuales como la autoestima, autoeficacia, autonomía emocional; familiares, como la calidad en la relación familiar, apoyo parental; y sociales, como la influencia del grupo de pares y de la televisión; estos autores mencionan que si se pretende comprender el por qué los adolescentes inician su vida sexual a edades tempranas se deben de

analizar estos contextos para tener una comprensión más amplia que permita ayudar a los jóvenes a tomar la decisión de iniciar su vida sexual con un comportamiento preventivo.

En esta línea, también se han evaluado los factores contextuales que lleva a personas a tener relaciones sexuales de riesgo, por ejemplo Padilla, Guilamo-Ramos y Bouris (2010) analizan el contexto político y social de República Dominicana en relación con el turismo y la incidencia de VIH/SIDA; encontrado que los hombres que viven del turismo en su mayoría han tenido intercambios sexuales con hombres o con mujeres; poniéndolos en una situación de riesgo debido a que es más alto el predominio de VIH entre trabajadores sexuales y sus clientes, por la influencia del consumo de alcohol y de drogas en las áreas de turismo y finalmente porque los hombres reportaron que aunque usan el condón en sus relaciones sexuales, cuando sus clientes son frecuentes dejan de usarlo por la confianza que sienten hacia ellos.

Otros factores asociados al comportamiento sexual de riesgo, son los reportado por Voisin et al. (2006) estos autores encontraron que en el caso de los adolescentes el uso de sustancias, actitudes negativas hacia el uso del condón, poco monitoreo parental y soporte familiar percibido, creencias de roles de género con dominancia masculina, las conductas sexuales de riesgo que realizan su grupo de pares, y poca conexión profesor-alumno son asociados con tener conductas de riesgo.

Específicamente, aquellos factores que predicen nunca o algunas veces usar condón en adolescentes mujeres se reportan en el estudio de Van Horne, Wiemann y Berenson (2009). Estos investigadores encontraron algunas asociaciones con el no uso del condón, entre ellas, estar embarazadas, que la pareja no quiera usar condón, recibir violencia por parte de la pareja, la asistencia a la iglesia y el poco monitoreo parental.

Respecto del embarazo, Ayoola, Nettleman y Brewer (2007) han encontrado algunas razones de por qué las mujeres tienen embarazos no deseados, estos investigadores las dividen en tres bloques; (1) Razones individuales: poca percepción de riesgo de embarazarse, carencia de

conocimientos, actitudes negativas y creencias negativas hacia el uso del condón; (2) Razones interpersonales: pareja, familia o amigos que no están de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos, y; (3) Razones sociales: problemas de acceso a los condones, inconveniencia y costos; en este sentido, los autores plantean que para el diseño de programas de intervención no sólo basta con cambiar percepciones y dar información sobre el tema; sino que se debe de dotar de las herramientas necesarias que les permita llevar a cabo una conducta sexual protegida pero dentro del contexto y de las personas con las que se relaciona; tal y como lo demuestra el estudio de Corcoran y Franklin (2002) en donde aquellos programas que incluyen el trabajo con la adolescente y algún integrante de su familia, se siente más apoyadas y permanecen más tiempo en las sesiones de intervención.

En un nivel más amplio se considera necesario evaluar el impacto que juegan, el género, la pobreza, el desempleo y la carencia al acceso al cuidado médico (El-Bassel et al., 2009).

Respecto del estigma en la sociedad sobre el VIH, se ha analizado a partir de cinco factores (Okafor & Holder, 2005); (1) percepción del estigma, autoestima de la persona que vive con VIH, conocimientos, creencias, actitudes y conductas relacionadas hacia las personas que son portadores del virus; (2) relación que tiene la persona con VIH en su escuela-trabajo-iglesia y otros contextos significativos; así como el uso de drogas por parte de la pareja y amigos; (3) cuidado y soporte de la familia; (4) intereses, características, valores y normas dentro de la comunidad en donde vive; y (5) leyes políticas y estrategias utilizadas para proteger a la población que vive con VIH; concluyendo que cada uno de estos contextos asociados con la estigmatización y la discriminación deben ser tomados en cuenta para el trabajo que se realice con este tipo de población.

También se ha evaluado a personas que viven con VIH. En el estudio realizado por Knowlton, Buchanan, Wissow Pilowsky & Latkin (2008) se identificaron aquellas situaciones de vida de niños afectados por sus padres que viven con VIH; señalando que la falta de redes sociales por parte de los padres con VIH se relaciona con un mal comportamiento del hijo; o inclusive asumen el

papel de cuidadores de los padres; los autores concluyen diciendo que es necesario dotar a estas familias de recursos y de redes sociales que les ayuden a salir adelante y que a pesar de ser portadores o tener propiamente el SIDA, sean los padres los encargados de favorecer el desarrollo de sus hijos y no a la inversa.

A este respecto, también se ha evaluado el papel que juega la familia no sólo en el desarrollo adecuado de los hijos, sino se ha considerado su influencia dentro del comportamiento sexual; Corcoran (2001) encontró una asociación entre el funcionamiento familiar, la estructura familiar, la raza y el estatus socioeconómico sobre el comportamiento sexual de los adolescentes, encontrando que los principales problemas son en las áreas de comunicación, resolución de problemas, roles y control de los padres hacia los hijos; esta investigación aporta la relevancia del entrenamiento conductual enfocado en el desarrollo de habilidades de comunicación y de resolución de problemas dentro de la familia con el objetivo de favorecer comportamientos sexuales preventivos.

Otras variables familiares que se han asociado al comportamiento sexual de los adolescente tiene que ver con la actitud de los padres respecto del sexo (Chapman & Werner-Wilson, 2008); sobre el apoyo recibido por parte de los padres (Henrich et al., 2006); y, sobre los estilos parentales y la disciplina (Vélez-Pastrana et al., 2005).

Con base en los resultados obtenidos en este tipo de investigaciones se propone que las estrategias específicas de la prevención del VIH deben incluir la evaluación de habilidades conductuales; considerar la evaluación de la persona y si es posible incluir a la pareja (El-Bassel et al., 2009); analizar las diferencias de género que permitan el desarrollo de la igualdad entre hombres y mujeres (Kim, 2007); e incluir si las personas tienen acceso a los condones, al uso de drogas, las redes sociales con las que cuenta; en un nivel macro cuáles son las estrategias medicas, las normas y leyes de los contextos políticos y gubernamentales (Auerbach & Coates, 2000).

Gran parte de las variables que se consideran en el modelo ecológico parten de los modelos de salud que se mencionaron al principio de este capítulo; esto sugiere que no se trata de anular las propuestas ya existentes que han

trabajado en este tema; sino más bien de incluir aquellas variables que se encuentran en un nivel individual y ampliar el foco de análisis incluyendo los contextos del individuo que pueden afectar o ayudar al desarrollo óptimo del individuo que se vinculan con su familia, su grupo de pares y la comunidad en donde viven.

Las investigaciones que toman en cuenta el nivel macro, generalmente evalúan en este nivel la raza y las diferencias de género, centrando el análisis sólo en establecer diferencias entre razas o entre hombres y mujeres; asimismo, el status socioeconómico es evaluado a partir de los ingresos económicos anuales. Finalmente, aquellas investigaciones que mencionan aspectos culturales y de valores no especifican de qué manera poder evaluarlos (El-Bassel et al., 2009; Knowlton, Buchanan, Wissow Pilowsky & Latkin, 2008; Okafor & Holder, 2005)

Dado que la población objetivo de la presente investigación es la privada de la libertad, es necesario conocer qué se ha hecho en estos entornos, qué se ha evaluado y desde qué modelos lo han hecho, para que a partir de ello se proponga como marco de referencia el modelo ecológico para evaluar qué hacen en el terreno sexual y qué contextos se asocian con la conducta sexual protegida.

2.3 En población privada de la libertad

Respecto de la población privada de la libertad, se han retomado algunas variables de los diferentes modelos de salud, aunque en su mayoría se trata de conocer los factores que se asocian con la adquisición del VIH, centrándose en la conducta sexual y el consumo de drogas; de igual forma se presta atención a cómo el personal puede favorecer o entorpecer el sexo seguro para prevenir futuras infecciones.

Con base en el MCS, se ha encontrado una asociación entre las creencias acerca de la transmisión del VIH y el tipo de prácticas sexuales; es decir, aquellos que percibían el beneficio de usar condón eran quienes menos presentaban conductas de riesgo (Eshrati et al., 2008). A partir del IMB se encontró que los conocimientos, la percepción que tienen de sus pares respecto a acciones a favor

del condón, percibirse en riesgo, tener una actitud favorable hacia los condones, sentirse autoeficaces para usarlos; predicen el uso del condón en los hombres encarcelados (Biswas & Vaughn, 2011). Lo anterior demuestra que estos modelos son congruentes en este tipo de población; sin embargo, dentro de la revisión de la literatura no se encontró explícitamente qué modelo es el utilizado, pero si evalúan algunas de las variables ya mencionadas de los modelos, las cuales se describen a continuación.

Por ejemplo, se encontró que las actitudes relacionadas con el SIDA, se asociaban con sexo desprotegido, tener múltiples parejas sexuales, relaciones sexuales con prostitutas, y sexo en prisión (Gyarmathi, Neaigus, & Számadó, 2003).

En otra investigación, se analizó la percepción que tienen los hombres respecto a la experiencia de realizarse la prueba de detección de VIH, se encontró que la mayoría de los hombres se habían realizado la prueba; de los cuales había un sector que pensaba que era conveniente y otros pensaban que era obligatorio; algunos hombres evitaban las pruebas de VIH porque temían conocer los resultados, o no se percibían en riesgo (Kacanek et al., 2007).

Sobre este último punto, en otra investigación se evaluó cómo perciben el riesgo de la infección por VIH en donde se encontró que existen algunos factores de riesgo asociados al sexo desprotegido y uso de drogas; como por ejemplo, la dependencia al alcohol y drogas, pobreza, historia de encarcelación, vecindario, entre otras (Adams et al., 2011). Estas investigaciones muestran cómo las actitudes y la percepción de riesgo se asocian con conductas de riesgo y se concluye con la importancia de generar estrategias que permitan mejorar las actitudes y que sean capaces de percibirse en riesgo para promover una conducta sexual segura.

Respecto de la evaluación de conocimientos relacionados con el VIH se ha encontrado que existen lagunas sobre el riesgo de transmisión del VIH, sobre todo sobre algunas prácticas sexuales y sobre el uso de drogas (Koulierakis, Power, Gnardellis, & Agrafiotis, 2003); e incluso se ha encontrado que poseen poca información sobre el uso de preservativos como medio de prevención (Oliveira et

al., 2012). De hecho, en la investigación realizada por Ikuteyijo y Agunbiade (2008) encontraron que antes de la encarcelación sólo habían oído hablar del VIH en la radio, pero poseían poca información.

También se han reportado otros factores asociados a la conducta sexual de riesgo; por ejemplo, haber vivido situaciones de violencia a lo largo de la vida (Mariño, 2012); tener un bajo nivel educativo (Paasche-Orlow, Clarke, Hebert, Ray, & Stein, 2005); o problemas sociales y familiares (Mosack, Gore-Felton, Chartier, & McGarvey, 2007).

Una gran parte de las investigaciones en poblaciones privadas de la libertad se centran en evaluar la prevalencia del VIH. En cuanto a estadísticas y la asociación con el consumo de drogas, esto con el objetivo de desarrollar intervenciones que sean efectivas para reducir el riesgo de infección (Gow, Grant, & Colvin, 2012; Hughes, 2000).

Se ha encontrado que en los centros penitenciarios, la prevalencia del VIH y de otras enfermedades infecciosas es mucho mayor entre los reclusos que entre los de la comunidad en general (Hammett, 2006; Hernández, Pérez, & Hernández, 2009); e incluso se reportan más muertes por VIH que por alguna otra enfermedad (Vera, Planelles, & García, 2005).

En relación con las drogas no intravenosas, también constituyen un factor de riesgo, ya que al desinhibir a los individuos pueden provocar comportamientos de riesgo, tales como las prácticas sexuales sin protección; el uso incorrecto de preservativos debido a la intoxicación por las drogas o a la incapacidad de negociar relaciones sexuales seguras, además del aumento de violencia sexual ya sea por violación o por relaciones sexuales resultantes de algún tipo de coacción (Cruz et al., 2010). De hecho se ha reportado que las personas que usan drogas tienen problemas de ansiedad, depresión y otros problemas de salud mental, que dificultan una atención integral (AIDSTAR-One, 2012).

Es por ello que se han generado diversas investigaciones en donde se han aplicado pruebas para detección del VIH; en donde se ha encontrado que aquellos que consumen drogas inyectables y que reportan conductas de riesgo eran más propensos a ser positivos en la prueba (Rosen et al., 2009); también se ha

encontrado que en las edades en las que más se reportan casos de infección son de 21 a 26 años; otros aspectos que también juegan un papel importante son: el tiempo de estar en la prisión, haber sido encarcelado previamente, transfusiones de sangre previas, múltiples parejas sexuales, ignorancia de los modos de transmisión, tener tatuajes, consumir alcohol (Adoga et al., 2009; Cármaco et al., 2003); relaciones anales en prisión, el lugar de residencia (Gough & Edwards, 2009).

Cabe mencionar que en aquellas investigaciones en las que se aplica una prueba para detectar el VIH y se entrega el resultado es más probable que se protejan en sus próximos encuentros sexuales, aun dentro de la prisión (Jafa et al., 2009; Nelwan et al., 2010), lo que demuestra que es un medio efectivo para ayudar a las personas a sensibilizarse sobre su estado inmunológico y para tener un comportamiento sexual seguro.

En otra línea se ha evaluado al personal que trabaja en los centros penitenciarios indicando que es necesario que se involucre y se capacite en la prevención del VIH (Belenko, Langley, Crimmins, & Chaple, 2004; Hogben & Lawrence, 2000); por ejemplo, se ha encontrado que los conocimientos sobre qué deben de hacer y cómo generar programas de prevención son limitados (Grinstead et al., 2003).

Por ende se sugiere la presencia de un especialista que coadyuve al personal a tener un buen manejo y comprensión de qué hacer (Spaulding et al., 2002); otros incluso hablan de incorporar a voluntarios que ayude al personal a atender casos de personas infectadas (Spaulding et al., 2009). Esto debido a que tarde o temprano casi todos los prisioneros salen de la cárcel y es necesario buscar estrategias que disminuyan los índices de infección (Todrys & Amon, 2012); ya que no promover una conducta sexual protegida promueve el incremento de la infección por VIH, e incluso a veces se está en contra de distribuir condones en los centros para ayudar a promover la salud sexual (Dolan & Lamey, 2010; Sylla, Harawa, & Grinstead, 2010).

Contar con los recursos humanos para ayudar a reducir nuevas infecciones es complicado, ya que en esta población el estado de ITS, el consumo de drogas,

y la conducta sexual de riesgo son fenómenos interrelacionados con múltiples factores (Dembo et al., 2010; Diaco, Sadi, & Weller, 2010); en donde interviene el tipo de servicio brindado, el apoyo a nivel institucional, la discriminación de personas infectadas, entre otras (Arp, 2009).

Con base en lo anterior, los problemas más comunes encontrados tienen que ver con la falta de acceso a preservativos dentro de las prisiones, poca información sobre los modos de transmisión, tanto de los reclusos, como del personal, falta de políticas de prevención a nivel institucional debido a una negación de la existencia de relaciones sexuales dentro de la prisión. Por lo que las medidas a tomar deberían estar encaminadas a promover el sexo seguro, reducir el consumo de drogas, la detección temprana y tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual, la aplicación de pruebas de detección de VIH, dar información respecto a cómo evitar el riesgo de infección; de igual forma establecer redes de apoyo, tanto en su grupo de pares como de la familia que ayuden a promover una conducta sexual protegida.

En conclusión, se puede observar que en el ámbito de la prevención se han generado una gran diversidad de modelos que tratan de explicar el por qué las personas se enferman o tienen conductas de riesgo, cada uno de ellos aporta elementos que deben ser tomados en cuenta y que han demostrado evidencia empírica de su efectividad; sin embargo, el fenómeno es tan complejo por la gran cantidad de factores que se encuentran entremezclados que es necesario no sólo considerar lo que estos modelos proponen sino incorporar otros factores que ayuden a comprender qué lleva a una persona a tener una conducta de riesgo o prevención.

En el caso particular de las personas en entornos carcelarios, se encuentra que las conductas de riesgo son altas por lo que se concluye en diversas investigaciones sobre la importancia de establecer programas de intervención orientados a reducir el riesgo de infección. Para ello, es necesario contar con un modelo que permita en un primer momento conocer qué se asocia a la conducta sexual y en un segundo momento generar programas de intervención; siendo el modelo el que dará la pauta sobre qué evaluar y sobre qué intervenir, ya que de

no hacerlo se corre el riesgo de no lograr los cambios a favor de la salud (Noar, 2007; Painter et al, 2008). En el siguiente capítulo se analizan diferentes programas de intervención para promover conductas sexuales preventivas.

CAPÍTULO 3. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PARA PROMOVER LA SALUD SEXUAL

El capítulo está dividido en tres partes, en la primera se hace el análisis de diversos programas de intervención desde diferentes modelos psicológicos; en la segunda parte, se hace énfasis en la intervención pero desde una perspectiva ecológica; finalmente, en la tercera parte se presentan programas para reducir conductas sexuales de riesgo con población privada de la libertad.

3.1 Desde diferentes modelos psicológicos

En este apartado se analizan algunos programas de intervención encaminados a promover conductas sexuales preventivas; de esta manera se hace un análisis sobre en qué aspectos se interviene, los temas que abordan así como las estrategias utilizadas y los resultados obtenidos.

Como lo mencionan Noar (2007) y Painter et al. (2008), todo programa de intervención debe estar diseñado con base en un modelo psicológico que demuestre evidencia científica, sólo así se tendrá la certeza de que la intervención pueda replicarse en diferentes contextos y poblaciones.

Los modelos que generalmente se utilizan para la reducción de comportamientos sexuales de riesgo se basan en la teoría de acción razonada (Abdullah et al., 2003) y en la conducta planeada (Legardy, Macaluso, Artz, & Brill, 2005); el modelo de creencias de salud (Warner & Leukefeld, 2001); el modelo de autoeficacia (Czuchry, Timpson, Williams, Bowen, & Ratliff, 2009; Mize, Robinson, Bockting, & Scheltema, 2002); el modelo de reducción de riesgo (Harper, Bangi, Sánchez, Doll, & Pedraza, 2009); el modelo de información- motivación- habilidades conductuales (Anderson et al., 2006; Jaworski & Carey, 2001; Mohammad, Fielding, Hedley, & Mahtani, 2005; Robles, Diaz-Loving, & Solano, 2010); y modelos con un enfoque conductual (Noar, 2008; Robles, Moreno et al., 2006).

Desde estos modelos se ha mostrado la efectividad en las intervenciones en variables cognoscitivas y conductuales, dependiendo del modelo, sobre la conducta sexual, principalmente en aquellos que ya iniciaron su vida sexual se incrementa el uso del condón; en los que aún no han iniciado retardan su debut sexual; de igual forma han demostrado que cambios en variables de tipo cognitivo favorecen el cambio en la conducta.

De igual forma, hay quienes retoman dos o más modelos para generar los programas de intervención, generalmente combinando el modelo de Autoeficacia, el modelo basado en la Teoría de la conducta planeada y de acción razonada, con algún otro modelo (Albarracín, Durantini, & Earl, 2006; Operario, Smith, Arnold, & Kegeles, 2010). Autores como Noar (2007) y Wight (2008) mencionan que en ocasiones es necesario hacer una combinación de modelos para lograr resultados favorables; ante esta situación el Modelo Integral propuesto por Fishbein (2000) fue la alternativa para contemplar las múltiples variables de los diferentes modelos; aunque cabe mencionar que al igual que los otros, el énfasis está en generar cambios en variables cognoscitivas para generar un cambio en el comportamiento; dejando de lado los diferentes contextos en los que la persona se encuentra inmersa, como por ejemplo, la familia, aspecto que es considerado desde el Modelo ecológico. Más adelante se ahondará sobre la importancia de los diferentes ambientes en los que interactúa la persona.

Sin embargo, independientemente del modelo utilizado, el problema surge cuando en las investigaciones no se tiene claridad de qué modelo parten, generando confusión sobre cuáles son los aspectos que se deben de evaluar y sobre qué basar las intervenciones; en algunos casos, se infiere de qué modelo parten con base en las variables que evalúan (Callejas et al., 2005; Mcgrath et al., 2007). La mayoría de estos estudios, solo se centran en cambiar actitudes y proporcionar información, pero como se ha demostrado la información por sí sola no es suficiente (Robles, 2005); y el cambio en variables psicosociales como las actitudes, no es suficiente sino hay cambios en habilidades y contexto (Vélez-Pastrana et al., 2005).

Con base en lo anterior, es necesario para generar un programa de intervención contar con un modelo que integre las diferentes variables que han resultado efectivas para reducir comportamientos sexuales de riesgo; ya que sólo así se tendrá claridad sobre qué debe estar centrada la intervención. A continuación se analizan los diferentes programas de intervención enfatizando en las variables que han mejorado el comportamiento sexual seguro.

3.1.1 Variables para reducir comportamientos sexuales de riesgo

Dentro de las principales variables que se utilizan en los programas de intervención, independientemente del modelo es proporcionar **información** sobre el VIH (DiClemente et al., 2004), se parte de la idea de que las personas para poder tener una conducta sexual preventiva debe conocer acerca del tema para que con base en ello pueda tomar decisiones; los principales temas que se abordan a este respecto es sobre salud sexual en general (Abdullah et al., 2003); prevención y transmisión del VIH (Anderson et al., 2006; Callejas et al., 2005), riesgos y responsabilidades (Czuchry et al., 2009), información sobre ITS (Oser, Leukefeld, Cosentino-Boehm, & Havens, 2006), identidad sexual (Orellana et al., 2006; Rosser et al., 2002) y prevención de embarazos (Smylie, Maticka-Tyndale, & Boyd, 2008). El énfasis al nivel de conocimientos debe estar centrado en la prevención y transmisión del VIH e ITS centrándose en las consecuencias, dado que de esa forma se impacta no sólo en la prevención de infecciones, sino que también se evitan embarazos no planeados y abortos.

El cambio de **actitudes, creencias e intenciones**, es considerado dentro de los programas de intervención; por ejemplo, se parte de la idea de que si una persona tiene una actitud favorable para tener relaciones sexuales protegidas, entonces la será más probable que use condón en sus relaciones sexuales (Amirkhanian, Kelly, Kabakchieva, McAuliffe, & Vassileva, 2003); generalmente a partir de grupos de discusión sobre la información que se proporciona en las sesiones (Centeno, 2008), como por ejemplo; sobre mitos y estereotipos (Velásquez, 2005; Williams, Ramamurthi, Manago, & Harawa, 2009), situaciones

de riesgo sexual (Koblin et al., 2004; Watson, Bisesi, & Tanamly, 2004), entre otros. Respecto de las intenciones, ha resultado ser el mejor predictor para el uso del preservativo (Gallegos et al., 2008; Kaljee et al., 2005; Vargas et al., 2006; Wight, 2008; M. Williams, Bowen, Timpson, Ross, & Atkinson, 2006). El cambio en las intenciones a pesar de ser la variable que mejor predice el sexo seguro, no necesariamente implica que las personas usen el condón en sus relaciones sexuales, por lo que se debe de buscar otras estrategias que coadyuven a una conducta sexual preventiva (Robles, 2005).

Otras investigaciones consideran que no sólo la información y el cambio de creencias, actitudes e intenciones deben ser tomadas en cuenta, dado que la persona es un ente social y recibe la influencia de las personas que le son significativas; es por ello que se busca conocer y modificar la **norma social**, particularmente sobre lo que piensan que creen sus compañeros, amigos, familiares y comunidad de su comportamiento sexual (Albarracín et al., 2006; Amirkhanian et al., 2003; Harper et al., 2009; Lapinski, Randall, Peterson, Peterson, & Klein, 2009). Sobre este punto, se trabaja sobre valores e influencia de la cultura (Operario et al., 2010), sobre el contexto en el que se encuentran y cómo su grupo influye en su comportamiento (Pick, Givaudan, & Poortinga, 2003), sobre la percepción de su grupo de pares sobre tener relaciones sexuales o abstenerse (Villarruel et al., 2010; Zimmerman et al., 2008). Esto es fundamental abordar, principalmente en personas jóvenes dado que se ha demostrado en las diversas investigaciones que las personas significativas son muy importantes y en muchos casos definen el actuar del adolescente.

Otra variable de suma importancia dentro de los programas de intervención es el desarrollo de la **autoeficacia**, en donde se busca que las personas se sientan capaces de poder usar condón en sus relaciones sexuales (Czuchry et al., 2009; Mize et al., 2002), de negociar el uso del condón (Robles, Moreno et al., 2006), o de rehusarse a tener sexo (Coyle, Kirby, Mari, Gomez, & Gregorich, 2004; Robles et al., 2010); aunque cabe mencionar que muchas veces se confunde con el desarrollo de habilidades; por un lado la autoeficacia es creerse capaz de poder hacer algo, pero eso no implica que lo ejecute de manera adecuada; es por ello

que cuando se trabaje en mejorar la autoeficacia, en un primer momento se les explica qué deben y cómo lo deben hacer para posteriormente practicar en su contexto.

Sobre el desarrollo de la **autoestima**, se considera que es necesario que una persona tenga valía de sí mismo y que en función de ello tendrá comportamientos a favor de sí; generalmente, se centran en el auto-conocimiento, valoración personal, desarrollo socio afectivo y sexual, cómo mantener el cuerpo seguro y saludable e identidad sexual (Harper et al., 2009; James, Reddy, Ruitter, McCauley, & Van-Den-Borne, 2006; Lameiras, Carrera, Núñez, & Rodríguez, 2006; Operario et al., 2010; Watson et al., 2004). En estas investigaciones se ha demostrado como mejorar la autoestima promueve conductas a favor de la salud.

Por otro lado, dentro de las variables conductuales para incrementar el uso del condón, las investigaciones se centran en evaluar contextos específicos en los que ocurre la conducta sexual, se plantean situaciones y en algunos casos se entrenan habilidades que favorezcan un comportamiento sexual responsable; por ejemplo, situaciones de **sexo bajo los efectos de alcohol y drogas** y sus repercusiones cuando se tienen relaciones sexuales (Warner & Leukefeld, 2001; Wolitski, 2006); ya que se ha encontrado que el consumo de alcohol y drogas desensibiliza a la persona y tiene sexo sin protección (Beets et al., 2009; Karnell, Cupp, Zimmerman, Feist-Price, & Bennie, 2006; Oser et al., 2006).

Sobre el desarrollo y establecimiento de **habilidades de comunicación** (Robles et al., 2010), las habilidades que se han trabajado tienen que ver con la negociación del uso del condón, habilidades para usar condón, resolver problemas, comunicación con padres, toma de decisiones en la relación de pareja.

En este sentido, se entrena a los usuarios para que sepan qué hacer ante una situación sexual, y que la decisión que tome la encamine a tener sexo seguro o a abstenerse del encuentro sexual; ya que finalmente eso es lo que se espera; aunque otras investigaciones no sólo consideran necesario esto, sino que además incluyen que se debe tener claridad del tipo de personas con las que se trabaja, ya que de lo contrario la persona podrá estar muy bien informada, podrá tener las

habilidades necesarias, pero si no puede aplicarlas a su contexto difícilmente podrá tener una conducta sexual segura.

Algunos ejemplos de qué variables son las que se consideran en función del tipo de población se presentan a continuación.

En el caso de adolescentes o jóvenes en situación escolar, se dan platicas sobre salud sexual y reproductiva (Beets et al., 2009; Fernández et al., 2000); límites sexuales y abstinencia (Jemmott et al., 2010; Villarruel et al., 2010); roles de género e influencia de la cultura (Gallegos et al., 2008); uso de alcohol y drogas en relaciones sexuales (Kaljee et al., 2005; Karnell et al., 2006); desarrollo socioafectivo y sexual (Lameiras et al., 2006; Velásquez, 2005); comunicación con padres o con la pareja (O'Donnell et al., 2005; Zimmerman et al., 2008).

Cuando se interviene con mujeres, el énfasis se centra en el establecimiento de habilidades para que aprendan a negociar el uso del condón con su pareja (Anderson et al., 2006; Jaworski & Carey, 2001), y la vinculación que existe entre el comportamiento sexual y roles e inequidades de género (Harper et al., 2009; Mize et al., 2002). En cambio, cuando se trabaja con hombres que tienen sexo con hombres los temas centrales están encaminados hacia estrategias para protegerse en función del contexto y situaciones de riesgo, principalmente sobre relaciones sexuales anales (Amirkhanian et al., 2003; Koblin et al., 2004), valores e identidad masculina (Operario et al., 2010; Rosser et al., 2002), uso de alcohol y drogas (Williams et al., 2009; Williams et al., 2006).

En personas portadoras de VIH, se focaliza sobre los riesgos y responsabilidades de usar condón (Czuchry et al., 2009), sexo seguro y habilidades de comunicación (Lapinski et al., 2009; Mcgrath et al., 2007), retroalimentación y reforzamiento de estrategias de sexo seguro (Jones et al., 2008). En usuarios de drogas inyectables además de los temas ya mencionados se centran el cuidado y limpieza de agujas (Czuchry et al., 2009; Warner & Leukefeld, 2001).

Como se puede observar, en función del tipo de población hacia la que va dirigida la intervención se enfatizan diferentes aspectos, incluso dentro de una misma población puede haber diferencias; es por ello que es necesario contar con

un diagnóstico integral que considere las múltiples variables ya mencionadas de los diferentes modelos, y que se evalué el contexto bajo el cual ocurre la conducta sexual e incluso considerar el papel que juegan las personas significativas, para identificar qué promueve la conducta sexual preventiva, y a partir de ello intervenir. Además de lo anterior, también se debe considerar, por ejemplo, el consentimiento informado, considerar una evaluación del impacto de la intervención y el tiempo que tomará la intervención.

Sobre el primer punto, se debe pedir autorización a las personas para poder trabajar con ellas; si son menores de edad solicitar la autorización a los padres (O'Donnell et al., 2005; Robles et al., 2010); ya que de lo contrario podrá estar muy bien diseñada la intervención pero si la persona no está dispuesta a participar e involucrarse difícilmente se podrán ver los cambios esperados.

Respecto del segundo, generalmente, en todas las investigaciones se realiza una evaluación antes de iniciar y al terminar el programa de intervención. Algunas investigaciones tienen grupo experimental y control; esto con el objetivo de comparar sus resultados y analizar la efectividad del programa. Referente al grupo control, generalmente se les aplica una sesión con sólo información sobre VIH/SIDA o una plática sobre promoción de la salud en general ya que por ética se le debe favorecer en algo al grupo control (Centeno, 2008; Koblin et al., 2004). De igual forma, para analizar la efectividad de los cambios a lo largo del tiempo, se realiza un seguimiento, éste se ha realizado desde 2 semanas después de haber concluido la intervención (Abdullah et al., 2003); hasta los 3 años (Coyle et al., 2004; Villarruel et al., 2010). En general, el periodo de sesiones de seguimiento es a los 3, 6 y 12 meses (Koblin et al., 2004; Operario et al., 2010). En dichas investigaciones, se ha encontrado que los efectos tienden a disminuir con el paso del tiempo; probablemente esto tenga que ver debido a que para las personas deja de ser significativa la intervención o no consideraron el contexto bajo el cual ocurre la conducta.

De igual forma, existe una gran cantidad de intervenciones en las cuales no es posible realizar el seguimiento debido a la dispersión de los participantes, ya que en muchas ocasiones no es tan fácil poderlos contactar de nuevo (Ritchie,

2005; Watson et al., 2004; Williams et al., 2009). Desafortunadamente en estos casos es difícil saber si la intervención fue eficaz y qué tanto los cambios se mantienen.

Sobre el número de sesiones, existen algunas que sólo tienen una sesión (Abdullah et al., 2003; Orellana et al., 2006); hasta el que tiene un máximo de 35 sesiones (Beets et al., 2009); generalmente, el número de sesiones es de cuatro (DiClemente et al., 2004; Legardy et al., 2005), o seis (Lapinski et al., 2009; Wolitski, 2006) y diez (Kaljee et al., 2005; Koblin et al., 2004). Sobre los cambios no se ha demostrado que entre más sesiones sea más efectivo, sino más bien tiene que ver con el contenido de la intervención y el público hacia el cual está dirigido; lo que es cierto es que entre más sesiones más difícil será mantener a la población; de igual forma, dependerá también de las estrategias utilizadas; punto que se analiza en el siguiente apartado.

3.1.2 Estrategias de intervención

Las estrategias utilizadas en los programas de intervención están centradas en proporcionar información sobre prevención y transmisión del VIH, salud sexual y reproductiva a través de **pláticas y exposiciones** (Coyle et al., 2004; Czuchry et al., 2009; Hitt et al., 2006). Esto lo hacen generalmente a través de presentaciones; aunque otros distribuyen folletos, lecturas o CDs (Abdullah et al., 2003; O'Donnell et al., 2005); o videos (Jemmott et al., 2010; Zimmerman et al., 2008). Lo que es importante es que se independientemente del medio utilizado, se recomienda utilizar el lenguaje de a quién va dirigido y evitar el uso excesivo de texto.

Casi en todos los programas de intervención emplean la transmisión de información; sin embargo, se complementan con otras estrategias para una mejor comprensión del tema; por ejemplo, **juegos interactivos** en donde los participantes pueden involucrarse con el contenido recibiendo un proceso de retroalimentación (Beets et al., 2009; Harper et al., 2009); también se realizan **ejercicios de preguntas y respuestas** que también buscan la comprensión del

tema y en algunos casos, resolver dudas del contenido (Amirkhanian et al., 2003; Callejas et al., 2005; Rosser et al., 2002). En este sentido no sólo es necesario transmitir la información, sino que el usuario entre en un proceso de retroalimentación y que no sea solo un agente pasivo.

De hecho, la **discusión en grupo** es ampliamente utilizada para invitar a las personas a reflexionar sobre los temas abordados en las sesiones, como puede ser sobre el planteamiento de situaciones problemáticas en las que los participantes deben llegar a una solución (Smylie et al., 2008; Wolitski, 2006).

En la discusión grupal, el objetivo es que los participantes lleguen a acuerdos, solucionen problemas o dilemas planteados; aunque se han encontrado resultados favorables, no siempre es así. Autores como Czuchry et al. (2009) y Koblin et al. (2004) plantean que en ocasiones es difícil escuchar la opinión de todos los participantes, ya que generalmente algunos tienden a hablar menos que otros, ya sea por pena o vergüenza; estos autores plantean la necesidad de no sólo usar este tipo de estrategias, sino que debe ser combinada con una **discusión de uno a uno**, en donde se le dé oportunidad a cada persona de manifestar su sentir. Estos autores han encontrado que cuando se lleva a cabo se tiene mayor información por parte de los participantes.

Cabe mencionar que cada una de las opciones tiene pros, en la discusión grupal se tiene la posibilidad de escuchar a otros acerca del mismo tema y con base en ello construir una idea, en la discusión uno a uno, el investigador escucha a todos y se tiene una visión de lo que cada quien piensa. Lo importante es saber qué es lo que se desea privilegiar y en función de ello elegir lo más adecuado.

Por otro lado, como ya se había mencionado, el desarrollo de habilidades es de suma importancia; las estrategias utilizadas son: **técnicas de demostración**, como el modelamiento sobre cómo negociar el uso del condón o cómo usar correctamente el condón (Harper et al., 2009; Pick et al., 2003; Smylie et al., 2008); **técnicas de resolución de problemas** encaminadas a qué hacer en situaciones específicas cuando se presenta la oportunidad de tener relaciones sexuales (Lapinski et al., 2009; Watson et al., 2004). Dichas estrategias son

efectivas ya que se les enseña a las personas cómo actuar o qué hacer ante situaciones sexuales.

El desarrollo de habilidades está orientado para que los participantes las practiquen, siendo las sesiones un lugar propicio para que demuestren y efectúen lo aprendido en el programa. La estrategia más utilizada es el **rol playing**, en donde se busca que los partícipes actúen con el objetivo de que hablen o negocien el uso del condón en relaciones sexuales, para mantener conversaciones sobre sexo y en algunas ocasiones, demostrar con un modelo de pene cómo usar el condón (Albarracín et al., 2006; Jemmott et al., 2010; Kaljee et al., 2005).

Como ya se había mencionado, el proceso de retroalimentación es fundamental (Hitt et al., 2006; Jones et al., 2008). En el caso particular de las habilidades, esta técnica busca que los integrantes del grupo aporten sugerencias para mejorar.

Otras estrategias que se han utilizado son: establecer un **plan de acción o de metas** que permitan a los usuarios crear tácticas para que sus próximos encuentros sexuales sean seguros (Czuchry et al., 2009; Wolitski, 2006); en este sentido, se les ayuda a buscar redes sociales o recursos para que puedan tener acceso a condones y a prácticas sexuales seguras (DiClemente et al., 2004; Watson et al., 2004); para ello, es necesario que las estrategias estén encaminadas a que la persona busque en su medio los recursos necesario para tener una conducta sexual, en la cual se discuta y se ponga en marcha dicho plan durante las sesiones y retroalimentar o buscar alternativas si es que no se tienen los resultados esperados.

Inclusive, hay quienes entregan una **dotación de preservativos** con el objetivo de que los prueben y durante las sesiones se analizan los beneficios de usar el producto (Somlai, Kalichman, & Bagnall, 2001; Warner & Leukefeld, 2001). En algunas ocasiones se trabaja con algún **líder de grupo** para que dirija la discusión a favor de la conducta sexual protegida (Zimmerman et al., 2008); y con los usuarios de drogas se maneja el modelamiento de cómo limpiar y mantener limpias las agujas de las jeringas (Swick & Williams, 2006).

Como se puede observar, las estrategias de intervención utilizadas están encaminadas por un lado a proporcionar información a los participantes para incrementar los conocimientos sobre prevención y transmisión del VIH/SIDA o sobre embarazos; asimismo, junto con el empleo de ejercicios o actividades, se busca no sólo aumentar el nivel de información que poseen sino que indirectamente se interviene sobre el cambio de creencias, ya sea sobre las actitudes o intenciones de llevar a cabo un comportamiento sexual seguro.

De la misma forma, toda intervención debe estar orientada al entrenamiento de habilidades dado que como ya se ha mencionado, no basta con estar bien informados, ni con tener una actitud favorable para usar condón, o tener la intención para usarlo; sino que deben de aprender cómo tener un comportamiento sexual seguro, que implica desde cómo comprar un condón, cómo negociar su uso, hasta cómo usarlo de manera correcta; de igual forma, es necesario que cada estrategia cuente con un proceso de retroalimentación para que la persona reconozca sus deficiencias y capacidades con el objetivo de mejorar su comportamiento; para lo cual se requiere de crear situaciones de su propio contexto para mejores resultados.

Finalmente, como se puede observar, poder establecer una intervención eficaz no es tan sencillo por los múltiples factores que se entrecruzan. Es necesario considerar variables de tipo cognitivo y conductual; así como considerar los múltiples contextos que favorecen o entorpecen la conducta sexual protegida; hasta el momento ningún modelo por sí solo alcanza a incorporar todos esos elementos; por lo que el modelo ecológico puede ser una alternativa que coadyuve a tener un programa de intervención de manera integral. A continuación se analizan los programas de intervención desde este enfoque.

3.2 Desde el modelo ecológico

En este apartado se analizarán las intervenciones diseñadas con base en el Modelo ecológico; estas investigaciones parten de la idea de crear programas de salud en donde se tome en cuenta no sólo lo que la persona piensa y hace; sino

de analizar las distintas esferas sociales en las que se encuentra inmersa para modificar el entorno o poder adaptarse de una manera diferente y así tener una conducta sexual segura.

3.2.1 Variables para reducir comportamientos sexuales de riesgo

Las investigaciones enfocadas a la prevención del VIH/SIDA desde una perspectiva ecológica son pocas, el análisis que se presenta a continuación incluye algunas de corte empírico pero en general, son propuestas teóricas que delimitan qué aspectos se deben contemplar en los programas de intervención, pero no reportan resultados que demuestren su efectividad.

A pesar de que retoman la idea central del modelo ecológico en la cual se debe estudiar al individuo desde diferentes niveles, no mencionan propiamente el nivel micro, meso, exo y macro; más bien las variables que consideran, las dividen en cuatro grupos: nivel individual, nivel relacional, nivel familiar y nivel comunitario o social.

En el **nivel individual** se consideran aspectos como la autoestima, salud física y desarrollo de habilidades (Banyard & Williams, 2007); y empoderamiento (Cornish & Campbell, 2009; Trickett, 2009); retomando algunas variables de los otros modelos como la información, actitudes y autoeficacia (DiClemente et al., 2007; Schaalma, Abraham, Gillmore, & Kok, 2004); finalmente también en este nivel se incluyen variables como la toma de decisiones y resolución de problemas (Shoveller, Johnson, Savoy, & Pietersma, 2006; Trickett, 2009).

Como se puede observar, las variables que se utilizan en este nivel son muy similares a aquellas que parten de otros modelos de salud, ubicándolas en un nivel individual; y ubicando en un nivel relacional el desarrollo de habilidades.

La diferencia fundamental estriba en el hecho de que en este nivel no sólo se considera el entrenamiento en habilidades a partir de una simulación, sino más bien se incluye a la pareja en la intervención, o se invita a la pareja en alguna sesión (DiClemente et al., 2007; Pinto & McKay, 2006).

En el **nivel familiar**, las variables que se evalúan son monitoreo y supervisión parental (Banyard & Williams, 2007; DiClemente et al., 2007) y comunicación entre padres e hijos sobre sexualidad (Hutchinson, 2002; Pinto & McKay, 2006). Sobre este nivel, las investigaciones reportadas están en tres vertientes, aquellas en donde sólo se interviene con los hijos; sólo con los padres; o ambos; la postura es que se pueda trabajar tanto con padres e hijos para tener una mejor comprensión de lo que sucede en el terreno sexual y así poder conocer qué lleva a los adolescentes a tener una conducta sexual segura (Bárcena, Robles, & Díaz-Loving, 2013).

En lo que se refiere al **nivel de comunidad o social**, se hace el análisis en términos de la disponibilidad de los servicios de salud (Banyard & Williams, 2007; Shoveller et al., 2006), sobre las estrategias de gobierno sobre prevención (Berkman, Garcia, Munoz-Laboy, Paiva, & Parker, 2005; Schaalma et al., 2004), relación entre la salud sexual con diferentes contextos como la escuela, la disponibilidad de condones en la comunidad (DiClemente et al., 2007; Trickett, 2009), redes sociales y soporte social (Mooney & Sarangi, 2005; NIMH Multisite HIV/STD Prevention Trial for African American Couples Group, 2008), e influencia del grupo de pares (Pedraza, 2009; Pinto & McKay, 2006). Aunque cabe mencionar que dentro de estas investigaciones, la intervención que muestra evidencia empírica sólo es el soporte social, a través de la influencia del grupo de pares; demostrando que cuando se trabaja con algún líder del grupo es más probable que el resto de compañeros sigan sus pasos; cabe mencionar que a nivel institucional respecto al tipo de servicios de salud, estrategias de gobierno, sólo se menciona que se deben crear campañas para prevenir la infección por VIH; sin embargo no reportan acciones concretas a seguir o de qué forma poder hacerlo; es por ello que dentro de este nivel se debe tener cuidado al momento de diseñar un programa de intervención que pretenda impactar en el nivel social por las múltiples condiciones que a nivel institucional no son tan fáciles de atender.

En este mismo sentido, es importante hacer notar que dentro de las intervenciones, se trata de hacer un análisis desde una visión ecológica en donde en la medida de lo posible tratan de incluir al menos dos contextos para generar

una intervención, el más común es combinar algunas variables del nivel individual con variables del nivel relacional o familiar; centrados principalmente sobre habilidades de comunicación y negociación. Sobre el nivel comunitario y social, a pesar de que se tienen contempladas variables que van desde el grupo de amigos hasta considerar la influencia de gobierno; generalmente las intervenciones trabajan sobre la modificación de la norma de pares o que busquen recursos para lograr un comportamiento sexual preventivo, como por ejemplo, buscar la disponibilidad de condones.

Sobre los efectos de las intervenciones diseñadas a partir de este enfoque, se menciona que es necesario considerar que su efectividad en una población, no necesariamente lo será en otra población, por muy similares que éstas sean; por lo que se debe considerar el contexto cultural y social en el que se encuentra el grupo al que se le aplicará la intervención (Cornish & Campbell, 2009; Trickett, 2009).

Esto concuerda con ONUSIDA (2010), cuando mencionan que es necesario considerar el contexto bajo el cual ocurre la conducta sexual, ya que en ciertos sectores por las condiciones sociales son más vulnerables de contraer el VIH; particularmente en el grupo de población privada de la libertad, cómo ya se mencionó en el Capítulo 1 y 2, estos grupos presentan ciertas características que los hacen susceptibles de adquirir el virus; por lo que dichos contextos deben ser evaluados para conocer sobre qué aspectos se debe diseñar el programa de intervención e identificar con quienes se puede trabajar para lograr los resultados esperados.

Sobre la efectividad de las intervenciones, se ha encontrado que cuando se trabaja con profesores y alumnos no siempre existe una buena interacción entre éstos, lo que dificulta el proceso del programa; asimismo, el personal escolar no reconoce la severidad del problema, dado que existe poca motivación para llevarlos a cabo; sin embargo, a pesar de ello dentro del contexto escolar los adolescentes obtienen un incremento en el nivel de conocimientos, mejores actitudes y desarrollaran habilidades para tener un comportamiento sexual seguro (Visser & Schoeman, 2004). Cabe mencionar que dentro del contexto escolar es

necesario sensibilizar a los directivos y profesores sobre la importancia de generar programas de intervención con los estudiantes dado que se ha demostrado que sólo es una creencia suponer que si se habla de sexualidad con los jóvenes se está promoviendo una vida sexual activa; por el contrario, se ha demostrado que los adolescentes retardan su edad del debut sexual y cuando tienen su primer encuentro, es más probable que se use condón (Nagamatsu, Saito, & Sato, 2008).

De igual forma, cuando se trabaja en las sesiones en conjunto con la pareja, se obtienen mejores resultados en las habilidades para usar condón en las relaciones sexuales (NIMH Multisite HIV/STD Prevention Trial for African American Couples Group, 2008); aunque cabe mencionar que no necesariamente implica que usen el condón en sus relaciones sexuales; es por ello que se debe complementar con el cambio en el sistema de creencias respecto al uso del condón y la importancia de usarlo.

También se ha buscado intervenir sobre qué hacen los padres y cómo su influencia repercute en la salud sexual de sus hijos; esto debido a que es en la familia en donde se transmiten valores, emociones, afectos, creencias, usos y tradiciones (Padilla & Díaz-Loving, 2013); y por otro lado, porque es el sistema primario por el cual atraviesa toda persona y representa la influencia más temprana y duradera en el proceso de socialización, en donde hombres y mujeres definen qué se debe de hacer y cómo se debe de hacer, qué está permitido y qué no (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005). Cuando se trabaja con padres, se mejora la comunicación entre padres e hijos y existe mayor supervisión y monitoreo parental por parte de los padres (Pinto & McKay, 2006); esto es importante dado que cuando se promueven estos comportamientos en los padres, es más probable que los hijos tengan una conducta sexual segura o que retarden la edad del debut sexual (Baptiste, Tolou-Shams, Miller, McBride, & Paikoff, 2007; Guilamo-Ramos et al., 2006; Henrich et al., 2006).

Finalmente, algunas de las conclusiones a las que llegan las diferentes investigaciones son:

- Los problemas no son inherentes a las personas, estos se presentan dentro de un contexto social, es decir, en ocasiones el medio dificulta que las personas realicen conductas sexuales protegidas (Cornish & Campbell, 2009)
- Incluir variables de otros modelos que han demostrado ser efectivos, pero con la condición de tomarlos dentro de un contexto social (Schaalma et al., 2004).
- A pesar de incluir variables de otros modelos, no olvidar que el incrementar el nivel de conocimientos y cambiar el sistema de creencias, es necesario pero no suficiente; e inclusive considerar técnicas tanto cuantitativas, como cualitativas (Shoveller et al., 2006);
- Crear contextos sociales y políticos para promover la salud sexual (Berkman et al., 2005), pero reconociendo que no tan fácil se pueden cambiar las normas sociales y políticas; pero pese a ello hacer lo posible por integrar contextos más amplios para tener éxito en las intervenciones (Schensul & Trickett, 2009).

A continuación se describen las estrategias utilizadas desde este enfoque, que aunque retoman las mismas que se utilizan desde los otros modelos de salud, el énfasis se centra sobre otros aspectos.

3.2.2 Estrategias de intervención

Las estrategias de intervención que se utilizan desde esa perspectiva, son las mismas que parten de otros modelos, como por ejemplo, la discusión de grupos o el rol playing (Pedraza, 2009; Visser & Schoeman, 2004).

La diferencia entre las estrategias que se usan con los otros modelos radica en que todas estas técnicas enfatizan la **interacción entre el usuario y otras personas que forman parte de su contexto inmediato**, como por ejemplo, estudiantes, profesores, amigos (Shoveller et al., 2006); es decir, cuando se incluye a la pareja, la estrategia es revisar el progreso que cada una tiene sobre su comportamiento sexual, existe un proceso de retroalimentación y discusión

pero a nivel de pareja (NIMH Multisite HIV/STD Prevention Trial for African American Couples Group, 2008); cuando se incluye a padres, el énfasis se da en crear estrategias de comunicación efectivas y en que los padres se den cuenta de la importancia que tienen sobre el comportamiento sexual de sus hijos, incrementando la supervisión y monitoreo parental (NIMH Multisite HIV/STD Prevention Trial for African American Couples Group, 2008).

Desde el modelo ecológico, se sugiere que se debe invitar a las sesiones a las personas significativas que coadyuven a que las personas tengan una conducta sexual segura; sin embargo no siempre es posible hacerlo por cuestiones de disponibilidad de todos los involucrados.

Sin embargo, a pesar de ello, se busca conocer a través de los usuarios qué hacen y piensan las personas significativas para ellos, y se dotan de estrategias que les permita hablar o interactuar de una manera diferente; esto es a través de dotar de recursos a las personas para que puedan tener conductas saludables dentro de los contextos en los que se encuentra (Trickett, 2009).

De esta manera, se busca que las personas encuentren redes de apoyo, que se empoderen de su comportamiento y que sean capaces de afrontar situaciones sexuales en las que no hay preservativos; o de buscar los medios para evitar el riesgo de infección sexual (Banyard & Williams, 2007; Mooney & Sarangi, 2005); en consecuencia se les proporcionan las herramientas que les permita hacer frente a su medio.

De igual forma, se busca que las personas busquen dentro de su comunidad cómo tener acceso a condones, que no sólo implique comprarlos, sino conseguirlos de manera gratuita en algún centro de salud (Cornish & Campbell, 2009); este tipo de estrategias ayuda a comprender y entender qué sucede en su entorno y analizar qué tan fácil o difícil es tener acceso a un condón; lo cual en muchas ocasiones es de difícil acceso, sobretodo en personas muy jóvenes en donde se llega a negar el servicio.

Desde la perspectiva ecológica, las estrategias utilizadas han sido:

- Enfatizar la interacción de los contextos significativos y vinculados al comportamiento sexual.

- Buscar que en los programas se incluya a la pareja, a los padres o a los docentes para propiciar cambios no sólo en el individuo sino en la interacción que establece con ellos.
- Incluir a más de dos personas relacionadas con la conducta sexual en un programa de intervención, por ejemplo, la pareja (Schensul & Trickett, 2009).
- Buscar estrategias que permitan a los participantes buscar en su comunidad los recursos sociales y comunitarios en dónde puedan acudir a solicitar condones o apoyo para reducir prácticas sexuales de riesgo (Labbok, 2008).
- Reconocer las diferencias culturales de hombres y mujeres dentro de su comunidad, con el objetivo de proporcionarles las herramientas necesarias para poder enfrentar a su medio, y que éste no obstaculice conductas sexuales seguras (Stephenson, 2009).

Como se puede observar, desde una perspectiva ecológica se interviene generalmente en al menos dos niveles de los cuatro que se proponen en el modelo, por lo que es necesario crear una intervención que contemple los cuatro niveles y evaluar su efectividad; las estrategias utilizadas deben estar centradas en las características de la población considerando los diferentes contextos que influyen en la conducta sexual.

Con base en lo anterior, al trabajar en una población privada de la libertad, es necesario conocer qué se ha hecho, qué se ha encontrado y cuáles han sido los resultados en los programas de intervención y con base en ello analizar de qué forma el Modelo ecológico puede ser una alternativa para la construcción de un programa de intervención en esta población.

3.3 En población privada de la libertad

De acuerdo con ONUSIDA (2009), en los centros penitenciarios se debe brindar acceso a con conjunto amplio de intervenciones en las que se incluya, información sobre las modalidades de transmisión del VIH y formas de reducir esos riesgos; brindar acceso a preservativos masculinos y femeninos, y equipo esterilizado de inyección y de tatuaje; ofrecer servicios confidenciales y voluntarios

de asesoramiento y análisis en lo relativo al VIH; hacer un diagnóstico y tratamiento de ITS; realizar tratamientos para la drogodependencia, incluida terapia de sustitución para la dependencia de opioides; brinda tratamientos antirretrovirales y cuidados paliativos para pacientes con enfermedades terminales y con SIDA, dar acceso a una dieta y complementos nutricionales apropiados; dar acceso a servicios de salud reproductiva y de planificación familiar.

En México, además de lo anterior, CENSIDA (2007) menciona que las premisas básicas para un trabajo de calidad en VIH en población privada de la libertad deben estar centradas en la no discriminación, mantener la privacidad y confidencialidad; tener acceso a la atención médica integral; contar con apoyo social y seguridad en el trabajo y tener acceso a información veraz y oportuna.

De esta forma, el objetivo de las intervenciones deben estar centradas en brindar información sobre las vías correctas de transmisión del VIH y las formas de prevenirlo, clarificar mitos con respecto a las formas de transmisión del VIH y promover entre los participantes el uso de condón y la reducción del daño entre usuarios de drogas inyectadas (CENSIDA, 2009).

Sobre ello se han desarrollado intervenciones que han demostrado el incremento en conocimientos sobre VIH (Ayanwale et al., 2008); sin embargo, se tienen mejores resultados cuando no sólo se ofrece una formación global sobre la prevención del VIH/SIDA a través de cualquier vía de transmisión; sino incorporando actividades físico deportiva para mejorar la calidad de vida; de igual forma mejorar las habilidades de comunicación, así como establecer relaciones familiares y sociales adecuadas (Martínez & Aledo, 2003). De esta forma no sólo se está impactando en la prevención del VIH, sino en salud física en general y mejorar las relaciones de las personas con la que interactúa, así se espera que las personas privadas de la libertad tengan múltiples herramientas para hacer frente a su medio.

También se ha buscado dentro de los programas de intervención que el grupo de pares sea quien realice la intervención dado que se ha demostrado su efectividad en la reducción de infección y se incrementan los conocimientos de

transmisión de VIH (Grinstead, Comfort, McCartney, Koester, & Neilands, 2008; Senteio et al., 2010).

En otras investigaciones, no sólo basta con transmitir información sino que distribuyen condones dentro del sistema penitenciario y evalúan sus efectos; por ejemplo se ha encontrado que cuando se tiene acceso libre a los condones era más probable que lo usaran en relaciones anales y no incrementó la actividad sexual en la cárcel (Butler, Richters, Yap, & Donovan, 2013). Este dato es relevante dado que en los lugares en donde se tiene restringido el acceso se tiene la creencia de que distribuir los condones promueve relaciones sexuales dentro de la cárcel, y está investigación demuestra lo contrario. De igual forma, también se ha demostrado que cuando se distribuyen los condones es menor la prevalencia de nuevas infecciones por VIH (Leibowitz, Sylla, Kerndt, Harawa, & Hallstrom, 2013).

Cuando los programas de distribución de condones, son acompañados de medidas para prevenir la ocurrencia de violación y otras formas de sexo no consentido, de agujas y jeringas limpias y terapias de sustitución de opiáceos, son eficaces en la reducción de las conductas de riesgo, sin consecuencias negativas para la salud del personal o de los presos; en estas investigaciones se concluye que es necesario dentro de las prisiones desarrollar una educación sobre el VIH, la implementación de pruebas voluntarias para su detección, el asesoramiento y la provisión de tratamiento antirretroviral para los reclusos VIH positivos (Jürgens, Nowak, & Day, 2011); también es necesario incorporar las necesidades de reinserción comunitaria, como por ejemplo, vivienda, empleo, entre otras (Wolitski, 2006).

Los programas de intervención no sólo se centran en reducir comportamiento sexuales seguros, sino también se centra en aquellos que consumen drogas inyectables, como por ejemplo el tratamiento de sustitución de opioide, en el cual no sólo se busca reducir la adicción a la droga, sino que las personas puedan tener la habilidad de tener material de inyección estéril (Larney, 2010).

Finalmente, en las intervenciones con población privada de la libertad se debe poner atención a la gran diversidad que existe en los centros penitenciarios, en términos de educación, alfabetización, raza, edad, antecedentes penales, y el uso de drogas. Senteio et al. (2010) menciona que se deben considerar tres elementos esenciales al momento de diseñar una intervención, en primer lugar, utilizar sesiones lideradas por pares tanto como sea posible; en segundo lugar, la intervención debe comenzar antes de su liberación; y en tercer lugar, cualquier programa que se esfuerza por hacer frente a la conducta sexual debe reconocer las tres fases distintas del consumo de drogas y la actividad sexual: el período previo a su uso, el período durante su uso, y el período después de su consumo.

Sin embargo, a pesar de existir una gran diversidad de intervenciones en población privada de la libertad y que en lo inmediato demuestran ser efectivos, en realidad son pocos los programas que realizan un seguimiento para evaluar si efectivamente continúan con una conducta responsable; por lo que es necesario no sólo crear programas con esta población sino con el personal a nivel institucional para lograr efectos esperados (Arp, 2009; Braithwaite & Arriola, 2003; Grinstead et al., 2003; Reddy et al., 2002). Sobre todo porque la mayor parte de esta población va a regresar a su comunidad; de esa forma no sólo se impacta a un nivel individual sino que la protección se extiende hasta la comunidad después de la liberación (Steinberg, 2005).

Como se puede observar, es necesario considerar el contexto bajo el cual la persona se encuentra inmersa, saber quiénes son las personas significativas que influyen sobre la conducta de riesgo; de igual forma se requiere un diagnóstico antes del diseño de cualquier intervención para conocer cuáles son las conductas de riesgo sexual e identificar cuáles son los factores que se asocian a la prevención, de esta forma se podrá diseñar un programa de intervención acorde a las necesidades de la población.

De igual forma, es necesario contar con un modelo de salud que explique el por qué una persona presenta una conducta de riesgo o de protección; como se puede observar en las investigaciones citadas, en ninguno se menciona propiamente el modelo del cual parten; pero están encaminadas a proporcionar

información sobre la prevención y transmisión del VIH, proporcionar condones dentro de la cárcel, en brindar tratamiento en personar VIH positivas o en consumidores de drogas inyectables.

De acuerdo con Noar (2007), es necesario elegir un modelo para poder crear una intervención eficaz; él menciona que para saber cuál es el más eficaz, se debe revisar la evidencia empírica y reconocer los puntos débiles y fuertes; e incluso plantea que se puede hacer una combinación de modelos, dado que en conjunto se puede tener una mejor comprensión del fenómeno bajo estudio. Dada la complejidad del estudio de la conducta sexual se tomó como marco de referencia al modelo ecológico.

Con base en lo anterior, para explicar el comportamiento sexual, se deben considerar los niveles que contempla el modelo; el microsistema, el mesosistema y el macrosistema; cabe mencionar que aunque se considera en el modelo el exosistema, en los programas de intervención no se contempla, dado que como se define, sólo afecta al adolescente de manera indirecta; por ejemplo, el tiempo que los padres laboran, puede afectar al adolescente de manera indirecta; esto sobre el tiempo que los padres supervisan a sus hijos; en este sentido no se busca cambiar el tiempo de trabajo, sino la calidad de la supervisión.

De igual forma, se busca que los efectos de la intervención sean duraderos, ya que, por un lado, no se busca generalizar los programas de intervención a todas las poblaciones por igual, sino más bien analizar en un primer momento aquellos contextos que favorezcan la conducta sexual preventiva, con el objetivo de que dentro de las intervenciones sean considerados y se enfatice de qué manera puede tener una conducta sexual preventiva.

CAPÍTULO 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo con las estadísticas en México (CENSIDA, 2012), son los jóvenes quienes presentan los más altos índices de casos registrados de VIH; además de que es en estas edades cuando generalmente inician su vida sexual, razón por la cual es necesario crear estrategias de intervención encaminadas a favorecer la reducción de conductas sexuales y así poder disminuir los índices de infección por VIH.

Instituciones a nivel internacional (ONUSIDA, 2012a) como a nivel nacional (CENSIDA, 2012) han creado campañas para disminuir los altos índices de casos de personas infectadas por el VIH; una de las formas que más se ha difundido para prevenirlo, es la utilización correcta y consistente del condón; sin embargo, a pesar de que existe información sobre cómo usarlo y por qué deberían usarlo, las personas no lo utilizan en sus relaciones sexuales (Jiménez, 2010; Teva, Bermúdez, & Buena-Casal, 2009), situación que propicia el riesgo de contraer VIH/SIDA.

Trabajar en la prevención del VIH/SIDA es sumamente complejo por la gran cantidad de factores que se encuentran entremezclados (DiClemente et al., 2007), que van desde un nivel individual que involucra propiamente el comportamiento sexual, sus creencias y sus habilidades; y su relación con otros contextos y personas, como lo son los padres y el grupo de pares; los primeros enfocados sobre la supervisión parental, apoyo familiar y comunicación sexual de padres a hijos, y el segundo, sobre la presión que pueden recibir de su grupo de iguales para tener ciertas conductas de riesgo. Todos estos entornos se ven impactados por la influencia cultural y social en donde se establecen determinados modos de interactuar y lo que socialmente se le permite hacer a hombres y mujeres en el terreno sexual.

Dentro de los programas de intervención orientados a la reducción de comportamientos sexuales de riesgo, es necesario que las personas puedan establecer nuevos repertorios que les faciliten el poder establecer un comportamiento sexual seguro y responsable. Algunos programas consideran que

es necesario proporcionar información y modificar algunos aspectos psicosociales, como lo son las creencias, intenciones actitudes entre otras (Operario et al., 2010; Villarruel et al., 2010); sin embargo, a pesar de que es necesario propiciar estos cambios, por sí solos no son suficientes. Asimismo, a pesar de que se ha demostrado la efectividad de algunas intervenciones enfocadas en el entrenamiento de habilidades (Mcgrath et al., 2007; Zimmerman et al., 2008), resulta necesario considerar que aquello que se va a aprender, se dé dentro de un contexto social y comunitario, esto con el objetivo de que los jóvenes no sólo adquieran ciertos repertorios, sino que también sean conscientes de su contexto inmediato para analizar qué apoyo pueden o no recibir de su medio social y relacional, y que puedan saber cuáles podrían ser las consecuencias de su proceder.

El modelo ecológico de Bronfenbrenner es una propuesta que permite analizar al individuo en relación con los diferentes contextos en los que se encuentra inmerso. Desde este modelo, se concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras que están seriadas y ordenadas en diferentes niveles (micro, meso, exo y macrosistema). Retomando este modelo para explicar el comportamiento sexual, en el nivel micro (microsistema) se contempla aquellas variables de tipo psicosocial que se evalúan en los diferentes modelos de salud, como por ejemplo, conocimientos, actitudes e intenciones, autoeficacia, entre otras. El nivel meso (mesosistema) comprende la estructura familiar, el apoyo y supervisión familiar, la norma subjetiva del grupo de pares. El nivel exo (exosistema), se refiere a los sistemas que no están directamente relacionados con el adolescente pero que lo afectan de manera indirecta, por ejemplo, la situación laboral de los padres o el nivel de escolaridad de los padres. El nivel macro (macrosistema) lo configuran los factores socioeconómicos, ideológicos y culturales en los que se desenvuelve la persona, como por ejemplo estereotipos de género y la influencia de los medios de comunicación.

En la figura 4.1, se hace una propuesta de representación del modelo ecológico, el cual será tomado como referencia para conocer el comportamiento sexual preventivo, principalmente sobre el uso del condón.

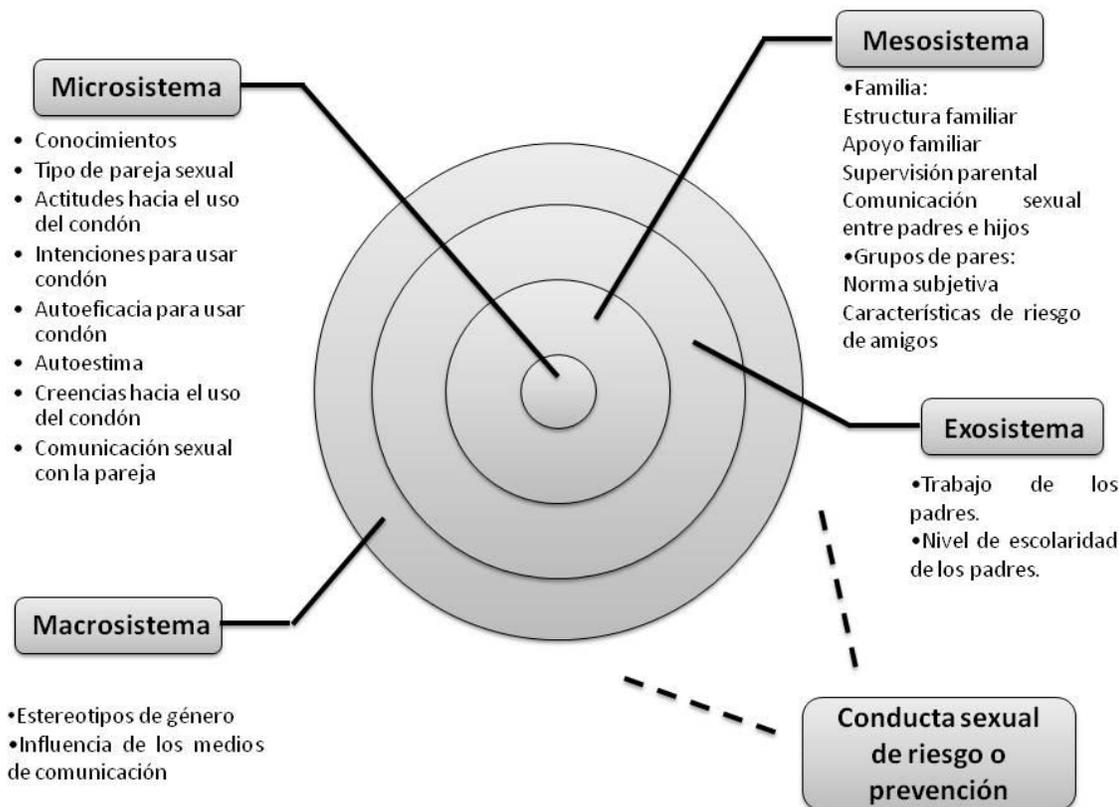


Figura 4.1. Propuesta del modelo ecológico aplicado a la prevención del VIH/SIDA.

Desde este modelo, se puede propiciar que los efectos de la intervención sean duraderos, ya que, por un lado, no se busca generalizar los programas de intervención a todas las poblaciones por igual, sino más bien analizar en un primer momento aquellos contextos que favorezcan la conducta sexual preventiva, así como aquellos que la entorpecen, con el objetivo de que dentro de las intervenciones sean considerados y se enfatice de qué manera puede actuar de manera preventiva ante una relación sexual, ya que a pesar de enfocarse hacia la prevención de la infección por VIH, no será el mismo énfasis el entrenamiento que se dé en personas que tienen sexo hombres o en usuarios de drogas inyectables; asimismo, aunque sean parte de la misma población, ya que cada una tiene sus particularidades, por ejemplo no es lo mismo trabajar con jóvenes de un estrato socioeconómico alto, que con jóvenes en un estrato socioeconómico bajo. De

igual forma, se encontrado que el tipo de pareja sexual, estable u ocasional, se relaciona con el uso del condón. Por ejemplo, se ha encontrado que los jóvenes reportan usar más el condón con una pareja eventual que con su pareja estable (Robles, 2005); por lo que es necesario considerar el tipo de pareja como un contexto que moldea el comportamiento sexual (DiClemente et al., 2007; Mohammad et al., 2005).

De igual forma, ONUSIDA (2010) señala que el contexto social se relaciona con determinados comportamientos que hacen más probable la presencia de problemas de salud sexual, es por ello que se debe poner atención en aquellas personas que por diversos factores sociales y económicos, aumentan su vulnerabilidad ante la infección, Los ambientes carcelarios constituyen un ejemplo de este tipo de contexto social.

En estos ambientes, las conductas de riesgo sexual han sido asociadas al tiempo de estar en prisión (Adoga et al., 2009), tener relaciones anales sin protección (Gough & Edwards, 2009), no usar preservativo (Rotily & Weilandt, 2000), tener múltiples parejas sexuales (Adoga et al., 2009) y consumir drogas (Nelwan et al., 2010).

En la presente investigación, se trabajó en una de las seis Comunidades Especializadas de Atención para Adolescentes, la cual depende de la Dirección General de Tratamiento para Adolescentes (DGTPA) que forma parte de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario del Gobierno del Distrito Federal (DGTPA, 2013). La Comunidad en la que se trabajó fue la CDIA; en esta comunidad se atiende a adolescentes que se encuentra en conflicto con la ley pero que aun no tienen una sentencia por parte del juez; una vez que obtienen su fallo; salen en libertad, o los trasladan a otra comunidad a cumplir con su sentencia.

La investigación que aquí se presenta estuvo encaminada a generar un programa de intervención para reducir conductas que ponen en riesgo la salud sexual, en una población de jóvenes que se encuentran en un entorno carcelario que les permita contar con los recursos necesarios para tener un comportamiento sexual seguro y responsable; de igual forma se espera conocer si el modelo

ecológico puede ser utilizado para el diseño de programas de intervención con esta población.

Para ello se realizaron tres estudios, en el primero, se validaron diferentes instrumentos de medición con base en aquellos aspectos que se consideran en el Modelo ecológico en una muestra de adolescentes en conflicto con la ley; en el segundo, con base en los instrumentos validados, se realizó un diagnóstico sobre su comportamiento sexual y sobre diferentes aspectos relacionados con lo que hacen en el terreno sexual; y en el tercero, se diseñó y se aplicó un programa de intervención para promover la salud sexual en estos adolescentes.

Con base en lo anterior la pregunta y el objetivo de la investigación fueron:

4.1 Pregunta de Investigación

- ¿Es posible promover la salud sexual en una muestra de adolescentes en conflicto con la ley, a partir de una intervención diseñada con base en el Modelo ecológico de Bronfenbrenner?

4.2 Objetivo general

- Evaluar la efectividad de un programa de prevención del VIH/SIDA, diseñado a partir del Modelo ecológico de Bronfenbrenner, para promover la salud sexual en una muestra de adolescentes en conflicto con la ley.

PARTE II. INVESTIGACIÓN

EMPÍRICA

CAPITULO 5. VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

De acuerdo con Robles y Diaz-Loving (2011) la investigación orientada a la prevención de problemas de salud sexual debe contar con un modelo de salud que haya demostrado ser efectivo para explicar el comportamiento sexual, contar con información sobre la totalidad de las variables que definen al modelo y mostrar información sobre el proceso de validación de los instrumentos que midan los constructos del modelo; todo ello para tener un sustento conceptual congruente con la teoría con la cual se esté trabajando.

Con base en lo anterior, se consideró al Modelo ecológico para explicar el comportamiento sexual de las personas (Voisin et al., 2006); dado que el modelo implica la evaluación de diferentes constructos, es necesario contar con instrumentos validos y confiables que permitan evaluar cada uno de los diferentes constructos de cada uno de los niveles del modelo (micro, meso, exo y macro); y de igual forma, que puedan ser administrados a una población de adolescentes en conflicto con la ley.

5.1 Objetivo particular

Validar instrumentos que permitan obtener información sobre los constructos que se plantean en el Modelo ecológico de Bronfenbrenner en una muestra de adolescentes en conflicto con la ley.

5.2 Objetivos específicos

- Validar la prueba de conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS y sobre el uso del condón, estimando el poder de discriminación de cada reactivo, el índice de dificultad del ítem y la consistencia interna de todo el instrumento.
- Validar dos instrumentos que evalúan creencias, actitudes y autoeficacia hacia el uso del condón, uno considerando a la pareja regular y el otro a la pareja ocasional, estimando el poder de discriminación de cada reactivo, análisis factorial y la consistencia interna de todo el instrumento.

- Obtener la consistencia interna del instrumento de autoestima.
- Validar tres instrumentos que evalúan la comunicación sobre temas sexuales, uno considerando al padre, otro a la madre y uno a la pareja, estimando el poder de discriminación de cada reactivo, análisis factorial y la consistencia interna de todo el instrumento.
- Validar un instrumento sobre estereotipos, estimando el poder de discriminación de cada reactivo, análisis factorial y la consistencia interna de todo el instrumento.
- Validar dos instrumentos que evalúan el apoyo y superación familiar, uno considerando el apoyo paterno y el otro al apoyo materno, estimando el poder de discriminación de cada reactivo, análisis factorial y la consistencia interna de todo el instrumento.
- Validar tres instrumentos que evalúan la influencia de los medios de comunicación sobre sexo, uno sobre la televisión, otro sobre el internet y uno sobre la radio, estimando el poder de discriminación de cada reactivo, análisis factorial y la consistencia interna de todo el instrumento.
- Validar el instrumento sobre características de riesgo de los amigos, estimando el poder de discriminación de cada reactivo, análisis factorial y la consistencia interna de todo el instrumento.
- Validar el instrumento sobre estilos de negociación sobre el uso del condón, estimando el poder de discriminación de cada reactivo, análisis factorial y la consistencia interna de todo el instrumento.
- Ajustar los reactivos que comprenden la estructura familiar, norma subjetiva, autoeficacia para usar condón en relaciones sexuales, intenciones para usar condón en próxima relación sexual y patrón de conducta sexual, en función del lenguaje utilizado por los adolescentes.

5.3 Método

5.3.1 Población

Estuvo conformada por hombres adolescentes entre los 15 y 18 años de edad en conflicto con la ley internados en una comunidad de diagnóstico mientras se

resuelve su situación jurídica, el promedio de adolescentes dentro de la Comunidad es de 250, cuya estadía varía entre los 3 y 4 meses.

5.3.2 Participantes

Se utilizó un procedimiento de selección de la muestra no probabilístico llamado muestreo intencionado (Kerlinger & Lee, 2002). Se trabajó con todos los adolescentes que estuvieron internados en la CDIA en un periodo de dos meses y que desearon participar en el estudio. Participaron 276 adolescentes pertenecientes a la Comunidad de Diagnóstico, de éstos se excluyeron 15 casos por no haber terminado de responder la encuesta; de los 261 adolescentes que sí la contestaron, únicamente se incluyeron a los sexualmente activos.

La muestra final quedó conformada por 222 varones con una edad promedio de 16.50 años (DE= 1.0), el 44.6% con estudios de secundaria, el 25.2% de preparatoria, el 22.1% sin estudios y el 7.7% primaria. El 33.8% vivía con ambos padres en el momento de ser detenido, el 28.4% sólo con la madre y el 8.1% sólo con el padre, el porcentaje restante vivía con la pareja o con algún familiar. En el 16.7% de los casos, los ingresos familiares mensuales eran inferiores a los dos mil pesos, el 15.8% oscila entre los dos mil y los cuatro mil pesos y sólo en el 10.4% de los adolescentes sus ingresos familiares están entre los cuatro mil y los seis mil pesos; el 44.3% desconoce el nivel de ingresos familiares. El delito por el cual se encuentran en la CDIA es por robo (80.2%), privación ilegal de la libertad (5.9%), homicidio (3.6%), lesiones (3.2%), daños a la salud (2.7%), violación (2.3%) y delincuencia organizada (0.9%), y para el 86.2% fue su primer ingreso a la Comunidad.

5.3.3 Escenario

La aplicación de los instrumentos de evaluación se llevó a cabo en el comedor de la Comunidad (CDIA), el cual tenía mesas distribuidas en dos hileras con capacidad para seis adolescentes por mesa.

5.3.4 Variables

Variables Sociodemográficas

Características generales de los participantes, tales como edad, estado civil, último nivel de estudios; delito y número de veces que han ingresado a la Comunidad.

Variables dependientes

En la Tabla 5.1 se presenta la definición conceptual y operacional de las variables dependientes que serán utilizadas en el estudio diagnóstico.

Tabla 5.1 Definición conceptual y operacional de las variables dependientes.

	Definición conceptual	Definición operacional
Patrón de comportamiento sexual (PS).	Comportamientos específicos durante la relación sexual que implican responder de forma riesgosa o preventiva (Enríquez & Sánchez, 2004).	Reporte de lo que hicieron en: <ul style="list-style-type: none"> • Primera relación sexual (edad del debut sexual, con quién la tuvieron, si la planearon, lugar, métodos anticonceptivos usados) • Relaciones sexuales en general: número de parejas sexuales en toda la vida, frecuencia del tipo de práctica sexual (vaginales, orales, anales), presencia de problemas de salud sexual (VIH, ITS, embarazo o aborto), conducta sexual y consumo de alcohol y drogas. • Uso del condón en relaciones sexuales (oral, anal, vaginal).
Consistencia del uso del condón.	Usar el condón en todas y cada una de las relaciones sexuales (Enríquez & Sánchez, 2004).	Resultado de dividir el número de veces que usaron condón en un periodo de tres meses entre el número de veces que tuvieron relaciones sexuales en el mismo periodo. Se obtuvo un índice de consistencia con valores entre cero y uno.

Variables del Modelo ecológico

En la Tabla 5.2 se presenta la definición conceptual y operacional de las variables relacionadas con el microsistema.

Tabla 5.2 Definición conceptual y operacional de las variables del microsistema.

	Definición conceptual	Definición operacional
Conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS (CO).	Nivel de información que se posee en relación con la sintomatología y los mecanismos de transmisión y prevención del Virus de la Inmunodeficiencia Humana y otras Infecciones de Transmisión Sexual (Robles et al., 2011).	Porcentaje de respuestas correctas en la prueba de conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS.
Conocimientos sobre el uso del condón (CO).	Información que tiene la persona sobre el uso del condón (Moreno et al., 2010).	Porcentaje de respuestas correctas en la prueba de conocimientos sobre uso del condón.
Creencias hacia el uso del condón (CRUC).	Son las creencias de la persona que afectan el comportamiento (uso del condón) y están en función de lo que la persona atribuye al evento o de los resultados que obtiene (Ajzen & Fishbein, 1980).	Promedio obtenido en la escala de creencias hacia el uso del condón con: Pareja regular y Pareja ocasional. Se obtiene una puntuación de 1 a 5; valores cercanos a cinco indica que tiene creencias positivas o negativas hacia el uso del condón.
Actitudes hacia el uso del condón (AC).	Valoración positiva o negativa para el uso del condón (Ajzen & Fishbein, 1980).	Promedio obtenido en la escala de actitudes hacia el uso del condón con: Pareja regular y Pareja ocasional. Se obtiene una puntuación de 1 a 7; valores cercanos a siete indica que tienen una actitud favorable hacia el uso del condón.
Intención para usar condón en relaciones sexuales (INUC).	Se refiere a percibir la posibilidad de realizar la conducta, por ejemplo, usar condón en su próxima relación sexual (Ajzen & Fishbein, 1980).	Puntaje obtenido en un reactivo con valores de 1 a 7, valores cercanos a siete indica que tiene la intención de usar condón con su: Pareja regular y Pareja ocasional.
Autoeficacia para usar condón en relaciones sexuales (AEUC).	Creencias que las personas tienen acerca de sus capacidades para producir niveles de ejecución deseables que ejercen cierta influencia sobre los eventos que afectan sus vidas (Bandura, 1999).	Puntaje obtenido en un reactivo con valores de 1 a 7, valores cercanos a siete indica que se siente capaz de usarlo con su: Pareja regular y Pareja ocasional.
Autoeficacia para usar condón en situaciones de riesgo (AESR).		Promedio obtenido en la escala de Autoeficacia para usar condón en situaciones de riesgo, con una puntuación de 1 a 7, valores cercanos a siete indica que se siente capaz de poder usar condón en dichas situaciones, con su: Pareja regular y Pareja ocasional
Autoestima (AU).	Valoración y percepción que se uno tiene sobre sí mismo (Kimble et al., 2002).	Promedio obtenido en el Instrumento de autoestima de Rosemberg. Se obtiene una puntuación de 1 a 4; valores cercanos a cuatro indica que tienen una autoestima alta.

Tabla 5.2 Definición conceptual y operacional de las variables del microsistema (continuación).

	Definición conceptual	Definición operacional
Comunicación sexual con la pareja.	Abordaje de diferentes temáticas relacionadas con la sexualidad con la pareja (Robles et al., 2011).	Promedio obtenido en la escala de comunicación sexual con la pareja. Se obtiene una puntuación de 1 a 5; valores cercanos a cinco indica que los adolescentes se comunican sobre diferentes temas sexuales con su pareja.
Estilos de negociación del uso del condón (EN).	Se refiere a la forma particular en la que una persona negocia el uso del condón con su pareja sexual (Robles et al., 2011).	Promedio obtenido en la escala para cada estilo de negociación: equidad, colaboración, acomodación, contender y evitación. Se obtiene una puntuación de 1 a 5; valores cercanos a cinco indica que los adolescentes tienen ese estilo.

En la Tabla 5.3 se presenta la definición conceptual y operacional de las variables relacionadas con el mesosistema.

Tabla 5.3 Definición conceptual y operacional de las variables del mesosistema.

	Definición conceptual	Definición operacional
Estructura familiar (DF).	Características contextuales de cómo está organizada la familia (Vélez-Pastrana et al., 2005).	Reporte de las características de la familia sobre: si viven sus padres, cómo viven, edad de los padres, ingresos mensuales, número de hermanos y problemas de salud sexual en los hermanos.
Apoyo familiar (AF).	Apoyo recibido por parte de la familia en términos emocionales, financieros y de información recibida (Van Horne et al., 2009).	Promedio obtenido en la escala de apoyo paterno y apoyo materno. Se obtiene una puntuación de 1 a 5; valores cercanos a cinco indica que perciben apoyo por parte de sus padres.
Supervisión parental (SP).	Conjunto de comportamientos que implican atención y no perder de vista las actividades de los hijos (Vélez-Pastrana et al., 2005).	Promedio obtenido en la escala de supervisión paterna y supervisión materna. Se obtiene una puntuación de 1 a 5; valores cercanos a cinco indica que perciben supervisión por parte de sus padres.
Comunicación sexual entre padres e hijos (C).	Abordaje de diferentes temáticas relacionadas con la sexualidad (Robles et al., 2011).	Promedio obtenido en la escala de comunicación con padre y comunicación con madre. Se obtiene una puntuación de 1 a 5; valores cercanos a cinco indica mayor frecuencia en la comunicación con sus padres.
Norma subjetiva del grupo de pares NS.	Evaluación de lo que a otras personas importantes les gustaría que hiciera un sujeto en una situación especial; en este caso sobre el área sexual (Kimble et al., 2002).	Puntaje obtenido en un reactivo con valores de 1 a 7, valores cercanos a siete indica que los adolescentes creen que para sus amigos es muy importante que ellos: <ul style="list-style-type: none"> • Tengan relaciones sexuales • Tengan múltiples parejas sexuales • Usen condón en sus relaciones sexuales

Tabla 5.3 Definición conceptual y operacional de las variables del mesosistema (continuación).

	Definición conceptual	Definición operacional
Características de riesgo de los amigos (CA).	Comportamientos específicos que realizan los amigos, como consumir drogas, faltar a clases, participar en peleas o riñas, entre otras conductas disruptivas (Gaxiola, González, & Contreras, 2011).	Promedio obtenido en la escala de características de riesgo de los amigos. Se obtiene una puntuación de 1 a 5; valores cercanos a cinco indica que sus amigos tienen conductas de riesgo.

En la Tabla 5.4 se presenta la definición conceptual y operacional de las variables relacionadas con el exosistema.

Tabla 5.4 Definición conceptual y operacional de las variables del exosistema.

	Definición conceptual	Definición operacional
Trabajo de los padres.	Tiempo dedicado al trabajo por parte de los padres (Vélez-Pastrana et al., 2005).	Número de horas diarias que trabajan los padres
Nivel de escolaridad de los padres.	Escolaridad máxima de los padres (Vélez-Pastrana et al., 2005).	Último nivel de estudios de los padres

En la Tabla 5.5 se presenta la definición conceptual y operacional de las variables relacionadas con el macrosistema.

Tabla 5.5 Definición conceptual y operacional de las variables del macrosistema.

	Definición conceptual	Definición operacional
Esteretipos de género (EG).	Creencias relacionadas con el papel que hombres y mujeres juegan dentro de una sociedad (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005).	Promedio obtenido en la escala para cada estereotipo de género: en el ámbito social y en el ámbito interpersonal. Se obtiene una puntuación de 1 a 5; valores cercanos a cinco indica que los adolescentes tienen estereotipos de género.
Influencia de los medios de comunicación (MC).	Influencia que reciben de los medios de comunicación sobre relaciones sexuales y conducta preventiva (Vargas & Barrera, 2002).	Promedio obtenido en la escala de televisión, internet y radio. Se obtiene una puntuación de 1 a 5; valores cercanos a cinco indica que reciben una influencia del medio de comunicación sobre sexualidad.

5.3.5 Instrumentos

Datos Sociodemográficas

Se obtuvo información sobre edad (años cumplidos), estado civil (soltero, casado, unión libre), nivel de estudios (ninguno, primaria, secundaria, preparatoria,

universidad, posgrado, carrera técnica, otro), con quién vivían en el momento de su detención (con su padre, con su madre, con ambos padres, otros) e ingresos familiares (menos de \$2, 000, de \$2, 001 a \$3, 999, de \$ 4,000 a \$5,999, de \$6,000 a \$9,999, más de \$10, 000, o no sé) de los adolescentes. Asimismo, se obtuvo información sobre datos jurídicos referentes al delito por el cual fueron acusados (robo, extorsión, lesiones, violación, homicidio, privación ilegal de la libertad, delincuencia organizada u otras causas).

Patrón de comportamiento sexual. De la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual validada por Robles y Díaz-Loving (2011) se retomaron 13 reactivos del apartado correspondiente a comportamiento sexual, que permitieron obtener información sobre: planeación de la primera relación sexual (sí/no), uso de condón en primera y última relación sexual (sí/no), frecuencia de relaciones sexuales y frecuencia del uso de condón al tener sexo vaginal, anal y oral, ambas medidas con una escala tipo Likert de 5 puntos (nunca, casi nunca, ocasionalmente, frecuentemente, muy frecuentemente); si se han hecho la prueba del VIH (sí, no, no sé), si han tenido alguna ITS en su vida (sí, no, no sé), si han tenido un embarazo o un aborto (sí, no, no sé); frecuencia de relaciones sexuales habiendo consumido alcohol o drogas, así como la frecuencia del uso del condón bajo la influencia de alcohol y drogas en los últimos seis meses previos a su ingreso a la Comunidad, con 5 opciones de respuesta de nunca (1) a siempre (5).

Consistencia del uso del condón. Se diseñaron dos reactivos para evaluar el número de veces que se han tenido relaciones sexuales en un periodo de tres meses antes de su ingreso y el número de veces que usaron condón en ese periodo. Se obtuvo un índice de consistencia con valores entre cero y uno, que fue el resultado de dividir la frecuencia del uso del condón entre la frecuencia de la relaciones sexuales.

Microsistema

Prueba de conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS. Se utilizó una versión corta de la prueba validada por Robles y Díaz-Loving (2011), con 14 reactivos relacionados con conocimientos sobre VIH/SIDA relacionados con la prevención (*Usar condón masculino y femenino al mismo tiempo, es más efectivo para prevenir el VIH*), transmisión (*La transmisión del VIH es más probable en las prácticas sexuales anales que en el sexo vaginal u oral sin protección*), sintomatología (*Una persona infectada por el VIH puede presentar los síntomas de la infección después de varios años*) y sobre características de ITS (*El virus del papiloma humano y el virus del herpes genital no tienen cura*). Los reactivos tuvieron un formato de respuesta de *cierto*, *falso* y *no sé*. La respuesta a cada reactivo se codificó como correcta (1) o incorrecta (0) y la opción de respuesta *no sé*, se consideró incorrecta.

Prueba de conocimientos sobre el uso del condón. Se utilizó una versión corta de la prueba validada por Moreno et al. (2011), con 6 reactivos relacionados con conocimientos sobre el uso correcto del condón (*Si se baja el condón con los dedos antes de abrir el paquete o envoltura es menos probable que se dañe*). Los reactivos tuvieron un formato de respuesta de *cierto*, *falso* y *no sé*. La respuesta a cada reactivo se codificó como correcta (1) o incorrecta (0) y la opción de respuesta *no sé*, se consideró incorrecta.

Escala de creencias hacia el uso del condón. Se utilizó la escala validado por Robles y Díaz-Loving (2011) que consta de 12 reactivos que evalúa creencias que tienen al usar condón, tanto con pareja regular, como con pareja ocasional, en una escala tipo Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Cuatro de estos reactivos están orientados a creencias negativas (*Disminuye el placer sexual*) y ocho reactivos orientados a creencias de valoración propia (*Podría hacer que te sintieras bien contigo mismo*).

Escala de actitudes hacia el uso del condón. Se utilizó la escala validada por Robles y Díaz-Loving (2011) que consta de cinco reactivos con opciones de respuesta definidas en una escala de diferencial semántico de 1 a 7 (placentero – no placentero). La escala se aplicó para evaluar actitudes con pareja regular y con pareja ocasional.

Intención para usar condón en relaciones sexuales. Se evaluó a través de un reactivo (*Qué tan probable es que en la próxima vez que tengas relaciones sexuales con tu pareja estable, uses condón*) en escala de 7 puntos (1=nada probable; 7=totalmente probable), este reactivo evaluó la intención para usar condón con pareja regular y con pareja ocasional.

Autoeficacia para usar condón en relaciones sexuales con pareja regular y con pareja ocasional. Se diseñó un reactivo en una escala de 1 a 7 que evalúa *qué tan seguro estás de que puedas usar un condón cada vez que tienen sexo vaginal con tu...*, este reactivo se evaluó con pareja estable y ocasional, en donde 1 es muy seguro de no poder usarlo y 7 muy seguro de poder usarlo.

Escala de autoeficacia para usar condón en situaciones de riesgo con pareja regular y con pareja ocasional. Se utilizó la escala validada por Robles y Díaz-Loving (2011) que consta de un reactivo que evalúa qué tan seguros están de poder usar siempre un condón durante el sexo vaginal en siete situaciones de riesgo (*tu estás muy excitado, tu pareja ha bebido alcohol, tú has consumido drogas*). En una escala de 1 a 7, donde 1 es muy seguro de no poder usarlo y 7 muy seguro de poder usarlo.

Escala de autoestima. Se retomó el instrumento de Rosemberg (Díaz, 2010), el cual consta de 10 reactivos para evaluar el grado de autoestima en escala tipo Likert de 1 a 4, que va de muy de acuerdo a muy en desacuerdo (*Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás*).

Escala de comunicación sobre temas sexuales con la pareja. Se utilizó una versión corta de la escala validada por Moreno, Robles, Frías, Rodríguez y Barroso (2011), con diez reactivos que miden la frecuencia con la cual los jóvenes se comunican con su pareja sobre temas sexuales (*La posibilidad de tener relaciones sexuales*); las opciones de respuesta tuvieron valores de 1 (nunca) a 5 (siempre).

Escala de estilos de negociación sobre el uso del condón. De la escala validada por Robles y Díaz-Loving (2011) se retomaron 15 reactivos que miden los estilos equidad, colaboración, acomodación, contender y evitación; el participante debe indicar el grado de acuerdo que tenga en cada afirmación (*Soy consistente al argumentar mi punto de vista para protegernos sexualmente*), con opciones de respuesta de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo).

Mesosistema

Estructura familiar. Se obtuvo información sobre si vive su papá y su mamá (*sí/no*), cómo viven sus papás (*juntos/separados*), edad de los padres (*años cumplidos*), ingresos mensuales en salarios mínimos (*menos de 34 salarios mínimos, de 35 a 69 salarios mínimos*), si tienen hermanos (*sí/no*), si han tenido un hermano que haya tenido un embarazo no planeado (*sí/no*); y si conoce la vida sexual de sus hermanos (*sí/no*).

Escala de apoyo paterno y materno. Se retomaron ocho reactivos de la escala elaborada por Sánchez, Enríquez y Reyes-Lagunes (2011) que evalúan la percepción de los hijos sobre el apoyo recibido en un periodo de tres meses (*sobre mi educación, económico*). Los reactivos tienen un formato tipo Likert que va de nada (1) a mucho (5).

Escala de supervisión paterna y materna. Se retomaron 10 reactivos de la escala elaborada por Sánchez, Enríquez y Reyes-Lagunes (2011) que evalúan la percepción de los hijos sobre la supervisión recibida en un periodo de tres meses

(*dar consejos, sobre mis amigos*). Los reactivos tienen un formato tipo Likert que va de nada (1) a mucho (5).

Escala de comunicación sexual entre padres e hijos. Se utilizó una versión corta de la escala validada por Moreno, Robles, Frías, Rodríguez y Barroso (2011), con diez reactivos que miden la frecuencia con la cual los jóvenes se comunican con su padre y madre sobre temas sexuales (*La posibilidad de tener relaciones sexuales*); las opciones de respuesta tuvieron valores de 1 (nunca) a 5 (siempre).

Norma subjetiva del grupo de pares. Se diseñó un reactivo (*La mayoría de los amigos que son importantes para ti piensa que tú deberías...*) en tres situaciones, tener múltiples parejas sexuales, tener relaciones sexuales y usar condón con pareja regular y con pareja ocasional; con valores de 1 (mis amigos piensan que no debería usarlo) a 7 (mis amigos piensan que sí debería usarlo).

Escala de características de riesgo de los amigos. De la escala de características de amigos (Gaxiola et al., 2011), se seleccionaron 8 reactivos que evalúan la frecuencia con la que los amigos presentan conductas de riesgo (*Hacen daño a lugares públicos o privados*); el formato de respuesta fue una escala de cinco puntos (1=nunca; 5=siempre).

Macrosistema

Escala de estereotipos de género. Del instrumento elaborado por Rocha y Díaz-Loving (2005) se retomaron dos factores con 13 reactivos que evalúan la visión estereotipada sobre hombres y mujeres en el ámbito interpersonal (*Es mejor ser hombre que ser mujer*) y en el contexto social (*Una buena esposa debe dedicarse exclusivamente al hogar y al cuidado del marido*); las opciones de respuesta estuvieron definidas en una escala de cinco puntos evaluando el grado de acuerdo con cada afirmación.

Escala de la influencia de televisión, internet y radio. Se retomaron siete reactivos de la escala elaborada por Sánchez y Enríquez (2011) sobre qué tanto ha impactado en su vida los temas sobre sexualidad que han visto en los diferentes medios de comunicación (televisión, internet y radio), con 5 opciones de respuesta que van de nunca (1) a siempre (5). Algunos temas evaluados son: *tener relaciones sexuales, infecciones de transmisión sexual, condones.*

En el Apéndice A se presentan los instrumentos que se aplicaron para realizar la validación.

5.3.6 Procedimiento

Se solicitó consentimiento informado a los padres o tutores de los adolescentes durante la visita familiar. Se programó una reunión en las instalaciones de la institución para aplicar los instrumentos de evaluación a los adolescentes cuyos padres y menores de edad otorgaron el consentimiento informado para colaborar en el estudio. Durante la aplicación estuvieron presentes dos instructores y un miembro de la institución, quienes explicaron a los adolescentes el motivo de su presencia, enfatizaron la importancia de su participación voluntaria y el tratamiento confidencial de sus respuestas, y señalaron que la información que ellos proporcionaran no sería utilizada en ningún sentido por la Institución.

Aquellos adolescentes que desearon participar en el estudio, se les entregó de manera individual un lápiz y un cuadernillo con los diversos instrumentos; posteriormente se les invitó a crear una clave de identificación para poder dar seguimiento a los cuestionarios aplicados, se leyeron las instrucciones indicando que debían poner en los espacios: las dos primeras letras del apellido paterno, las primeras dos letras del apellido materno, los dos últimos dígitos del año de nacimiento, el mes y día de nacimiento.

Los participantes tardaron aproximadamente una hora en responder los instrumentos. A la institución se le entregó un reporte con resultados preliminares del trabajo realizado.

5.3.7 Análisis de datos

Se empleó el paquete estadístico SPSS v.20 para la validación de los instrumentos, el procedimiento fue el siguiente:

- Poder discriminativo de los reactivos. Se obtuvo la suma total de los reactivos que constituye cada escala. A través de un análisis de frecuencias, se identificaron las puntuaciones que se obtuvieron en el cuartil más bajo (Q_1) y en el más alto (Q_3). Con base en ello, se crearon dos grupos (bajo y alto) y cada reactivo fue sometido a una comparación de medias entre ambos grupos por medio de la prueba t de Student para muestras independientes para datos en nivel escalar y ji cuadrada para datos en nivel nominal.
- Pertinencia del análisis factorial. Se estimó la medida de adecuación muestral KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) y la prueba de esfericidad de Barlett para determinar la pertinencia del modelo factorial.
- Análisis factorial. Aquellos reactivos que sí discriminaron entre los grupos alto y bajo, se sometieron a un análisis factorial utilizando el método de componentes principales con rotación varimax; de los factores extraídos con valor propio mayor de 1, se seleccionaron aquellos reactivos con cargas factoriales mayores de 0.40.
- Consistencia interna. Después de que se identificaron los factores de cada escala, se procedió a calcular el alfa de Cronbach para la escala total y para cada factor identificado. Los valores de este coeficiente oscilan entre 0 y 1; entre más se acerque dicho valor a 1, hay mayor consistencia interna. Se considera que existe una buena consistencia interna cuando el valor del Alfa de Cronbach es superior a 0.7 (Nunnally & Bernstein, 1995). Se consideró el análisis de la correlación del reactivo con el total, correlación al cuadrado con los otros reactivos y modificación de alfa si se elimina el reactivo.
- Índice de dificultad. Únicamente en las pruebas de conocimientos se obtuvo este índice a partir de dividir el número de participantes que respondieron incorrectamente, entre el total de participantes que respondieron al reactivo.

5.4 Resultados

En el Apéndice B se presentan los resultados en extenso de la validación para cada uno de los constructos que corresponden a diferentes niveles del Modelo ecológico. Dada la cantidad de instrumentos que se validaron en el presente apartado se hace un resumen de los hallazgos más relevantes.

a) Conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS

La prueba de conocimientos estuvo conformada por 14 reactivos y se obtuvo el índice de dificultad, el cual se estimó dividiendo el número de participantes que respondieron incorrectamente, entre el total de participantes que respondieron al reactivo correspondiente. La dificultad global del instrumento se estimó promediando los índices de dificultad de los 14 reactivos. Como resultado, se obtuvo una dificultad global de 0.52, lo cual indica un grado de dificultad que significa que la prueba no es tan fácil, ni tan difícil de responder.

Posterior a ello se obtuvo el poder de discriminación de cada reactivo. Los datos corresponden al porcentaje de participantes de los grupos bajo (percentil Q_1) y alto (percentil Q_3), que respondieron correctamente a cada reactivo. Utilizando la Ji Cuadrada para identificar las diferencias entre grupos, se encontró que todos los reactivos discriminaron significativamente.

Adicionalmente, se realizó un análisis en función de las dificultades para responder por parte de los adolescentes y con base en estos resultados se decidió eliminar dos reactivos sobre características de ITS, *El virus del papiloma humano y el virus del herpes genital son infecciones de transmisión sexual provocadas por bacterias* y *Una persona infectada por el virus del herpes simple (VHS) puede pasar años sin presentar sintomatología*. El primero se eliminó debido a que en su mayoría mencionaban que si mencionar *virus*, la respuesta se obviaba en la pregunta; el segundo se eliminó debido a que era confuso para algunos de los adolescentes. La prueba quedó conformada por 12 reactivos en total, tres de sintomatología, tres de transmisión, tres de prevención y tres de características de ITS.

b) Conocimientos sobre el uso del condón

La prueba de conocimientos tuvo un índice de dificultad de 0.60, lo cual indica un grado de dificultad medio. Los resultados obtenidos sobre el poder de discriminación de cada reactivo con base en la Ji Cuadrada para identificar las diferencias entre los grupos alto y bajo, se encontró que todos los reactivos discriminaron significativamente.

El reactivo *Si se coloca un condón en el pene sin que lo cubra totalmente, se elimina el riesgo de que se salga durante el acto sexual*, se cambió la redacción por *Colocar el condón en el pene erecto hasta llegar a la base del pene hace más probable que se salga durante el acto sexual*; debido a que fue uno de los reactivos más difíciles e inclusive los adolescentes no lo entendían.

c) Creencias sobre el uso del condón

Se utilizaron doce reactivos para evaluar creencias sobre el uso del condón con pareja regular y doce reactivos sobre las mismas creencias pero con pareja ocasional.

El análisis del poder de discriminación para cada uno de los reactivos se realizó a través de la *t* de Student, en donde se encontraron diferencias significativas en todos los reactivos, excepto en uno. Con estos resultados, se aplicó la prueba KMO para determinar la adecuación muestral, resultando significativa (KMO= 0.870, $p < .001$). Con base en el análisis factorial la escala quedó conformada por dos factores que explican el 54.71% de la varianza. El primer factor quedó conformado por ocho reactivos que evalúan creencias sobre el uso del condón sobre seguridad y protección; y el segundo factor se conformó por tres reactivos sobre creencias negativas sobre el uso del condón.

La consistencia interna de toda la escala tuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.78; para cada uno de los dos factores, los valores obtenidos fueron de 0.87 y 0.58, respectivamente.

En cuanto a los resultados obtenidos de la discriminación para cada uno de los reactivos para el instrumento de creencias sobre el uso del condón con pareja ocasional, al aplicar la prueba *t* de Student se encontraron diferencias significativas en todos los reactivos. Con estos resultados, se aplicó la prueba

KMO para determinar la adecuación muestral, resultando significativa (KMO= 0.877, $p < .001$).

El análisis factorial realizado al instrumento de creencias sobre el uso del condón con pareja ocasional; resultó en dos factores que explican el 58.62% de la varianza. El primer factor quedó conformado por ocho reactivos que evalúan creencias sobre el uso del condón enfocadas a seguridad y protección, explicando el 41.48% de la varianza; el segundo factor quedó conformado por cuatro reactivos sobre creencias negativas sobre el uso del condón con pareja regular explicando el 17.13% de la varianza. La consistencia interna de toda la escala tuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.80.

d) Actitudes hacia el uso del condón

Para evaluar actitudes hacia el uso del condón se utilizaron cinco reactivos para evaluar las actitudes hacia el uso del condón con pareja regular y cinco con pareja ocasional.

Para obtener el poder de discriminación para cada uno de los reactivos de actitudes con pareja regular, se aplicó la prueba *t* de Student y se encontraron diferencias significativas en todos los reactivos. Con estos resultados, se aplicó la prueba KMO para determinar la adecuación muestral, resultando significativa (KMO= 0.865, $p < .001$).

El análisis factorial realizado al instrumento de actitudes hacia el uso del condón con pareja regular; mostró un solo factor que explica el 66.05% de la varianza. La consistencia interna de la escala tuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.87.

En cuanto a las actitudes hacia el uso del condón con pareja regular se encontró al aplicar la prueba *t* de Student que hubo diferencias significativas en todos los reactivos.

Se aplicó la prueba KMO para determinar la adecuación muestral, resultando significativa (KMO= 0.824, $p < .001$). La escala quedó conformada por un solo factor que explica el 62.62% de la varianza. La consistencia interna fue de 0.85.

e) Autoeficacia para usar condón en situaciones de riesgo

Se contemplaron siete reactivos para evaluar autoeficacia para usar condón ante situaciones de riesgo con pareja regular y siete con pareja ocasional.

Los resultados obtenidos del poder de discriminación para cada uno de los reactivos sobre autoeficacia para usar condón con pareja regular, al aplicar la prueba *t* de Student se encontraron diferencias significativas en todos los reactivos. Se aplicó la prueba KMO para determinar la adecuación muestral, resultando significativa (KMO= 0.693, $p < .001$).

Del instrumento se eliminaron tres reactivos con cargas factoriales menores de 0.4 y quedó conformada por un solo factor con cuatro reactivos que explican el 43% de la varianza. La consistencia interna de la escala tuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.77.

Por otro lado, en los resultados obtenidos del poder de discriminación para cada uno de los reactivos de la autoeficacia para usar condón en situaciones de riesgo con pareja ocasional, al aplicar la prueba *t* de Student se encontraron diferencias significativas en todos los reactivos, para determinar la adecuación muestral se aplicó la prueba KMO, resultando significativa (KMO= 0.807, $p < .001$). Esta escala quedó conformada por dos factores que explican el 70.14% de la varianza. El primer factor quedó conformado por cuatro reactivos que evalúan situaciones que involucran el uso de alcohol y drogas, explicando el 38.12% de la varianza y el segundo factor por tres reactivos sobre excitación, explicando el 32.016% de la varianza. La consistencia interna de toda la escala tuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.85.

f) Autoestima

El análisis del poder de discriminación para cada uno de los reactivos de la escala de autoestima al aplicar la prueba *t* de Student mostró diferencias significativas en todos los reactivos. Con estos resultados, se aplicó la prueba KMO para determinar la adecuación muestral, resultando significativa (KMO= 0.826, $p < .001$).

Los resultados obtenidos del análisis factorial realizado al instrumento mostraron que la escala se conformo por un factor que explica el 59.91% de la varianza. La consistencia interna de la escala tuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.73, la cual resultó ser baja en comparación al resto de los instrumentos.

g) Comunicación sobre temas sexuales

Se emplearon 17 reactivos para evaluar la frecuencia con la que los adolescentes hablan sobre diferentes temas sexuales con el padre y 17 reactivos con la madre; y 16 reactivos para evaluar la comunicación sobre estos temas con la pareja.

Sobre el poder de discriminación para cada uno de los reactivos de la escala de comunicación sobre temas sexuales con el padre, al aplicar la prueba *t* de Student se encontraron diferencias significativas entre el grupo alto y bajo en todos los reactivos.

Con estos resultados, se aplicó la prueba KMO para determinar la adecuación muestral, resultando significativa (KMO= 0.959, $p < .001$). Al realizar el análisis factorial, la escala quedó conformada por un solo factor que explica el 72.46% de la varianza; y la consistencia interna tuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.97.

En la escala de comunicación sobre temas sexuales con la pareja el análisis del poder de discriminación al aplicar la prueba *t* de Student se encontraron diferencias significativas en todos los reactivos. Con estos resultados, se aplicó la prueba KMO para determinar la adecuación muestral, resultando significativa (KMO= 0.957, $p < .001$); una vez con este resultado se procedió con el análisis factorial.

Al realizar el análisis factorial, se eliminó un reactivo y la escala quedó conformada por un factor que explica el 68.53% de la varianza; la consistencia interna tuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.97.

Finalmente, en la escala de comunicación sexual con padres, los resultados obtenidos del poder de discriminación para cada uno de los reactivos al aplicar la prueba *t* de Student se encontraron diferencias significativas en todos los

reactivos. Se aplicó la prueba KMO para determinar la adecuación muestral, resultando significativa (KMO= 0.943, $p < .001$). Al realizar el análisis factorial se eliminaron tres reactivos y la escala quedó conformada por un solo factor que explica el 62.22% de la varianza; la consistencia interna de toda la escala tuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.95.

Con base en estos resultados, se realizó un análisis de los reactivos a incluir debido al requerimiento de contar con una prueba corta, para lo cual se consideró la carga factorial de cada reactivo en las tres escalas, la media de la escala si se elimina el reactivo, la correlación del reactivo con toda la prueba, la consistencia interna de la escala si se elimina el reactivo y lo que se plantea teóricamente sobre qué temas de sexualidad hablan los adolescentes. Esto se realizó únicamente con este instrumento debido a que se requería una versión breve del instrumento para ser aplicado en el diagnóstico. Con base en dicho análisis, se consideraron únicamente 10 reactivos para cada una de las escalas.

h) Estereotipos

Al aplicar la prueba t de Student se encontraron diferencias significativas en todos los reactivos (poder de discriminación para cada uno de los reactivos); con estos resultados, se aplicó la prueba KMO para determinar la adecuación muestral, resultando significativa (KMO= 0.893, $p < .001$). Después de realizado el análisis factorial; se eliminó un reactivo con carga factorial menor a .4, y quedó conformada por dos factores que explican el 54.99% de la varianza. El primer factor quedó conformado por ocho reactivos que explican el 27.63% de la varianza; y el segundo factor quedó conformado por cuatro reactivos, explicando el 16.06% de la varianza. La consistencia interna de toda la escala tuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.85.

En el caso particular de dos reactivos se cambió la palabra “cortejar” por “ligar”, debido a que los adolescentes no comprendían que significaba “cortejar”.

i) Apoyo familiar

Para evaluar apoyo familiar se emplearon ocho reactivos para evaluar apoyo paterno y ocho reactivos de apoyo materno. Los resultados obtenidos del poder de discriminación para cada uno de los reactivos del instrumento de apoyo paterno, al aplicar la prueba *t* de Student se encontraron diferencias significativas en todos los reactivos. Con estos resultados, se aplicó la prueba KMO para determinar la adecuación muestral, resultando significativa (KMO= 0.960, $p < .001$). Los resultados obtenidos del análisis factorial realizado al instrumento de apoyo paterno; la escala quedó conformada por un solo factor que explica el 90.90% de la varianza; y la consistencia interna fue de 0.98.

Los resultados obtenidos del poder de discriminación para cada uno de los reactivos del instrumento de apoyo materno, al aplicar la prueba *t* de Student mostró diferencias significativas en todos los reactivos. Con estos resultados, se aplicó la prueba KMO para determinar la adecuación muestral, resultando significativa (KMO= 0.949, $p < .001$). Los resultados obtenidos a partir del análisis factorial mostró un solo factor que explica el 88.25% de la varianza; y una consistencia interna de 0.98.

j) Supervisión familiar

Para evaluar la supervisión familiar se emplearon diez reactivos para evaluar supervisión paterna y diez reactivos para evaluar supervisión materna.

Los resultados obtenidos del poder de discriminación para cada uno de los reactivos del instrumento de supervisión paterna, al aplicar la prueba *t* de Student se encontraron diferencias significativas en todos los reactivos. Con estos resultados, se aplicó la prueba KMO para determinar la adecuación muestral, resultando significativa (KMO= 0.953, $p < .001$). A partir del análisis factorial el instrumento quedó conformado por un solo factor que explica el 91.51% de la varianza; y una consistencia interna de 0.99.

Sobre el instrumento de supervisión materna, los reactivos al aplicar la prueba *t* de Student mostraron diferencias significativas en todos los reactivos. La prueba KMO para determinar la adecuación muestral, resultó significativa (KMO= 0.951, $p < .001$); La escala de supervisión materna quedó conformada por un solo

factor que explica el 87.76% de la varianza; y la consistencia interna tuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.98.

k) Influencia de los medios de comunicación

Para evaluar la influencia de los medios de comunicación se contemplaron siete reactivos en tres medios diferentes: televisión, internet y radio.

Los resultados obtenidos del poder de discriminación para cada uno de los reactivos de la influencia de televisión, al aplicar la prueba *t* de Student se encontraron diferencias significativas en todos los reactivos. Con estos resultados, se aplicó la prueba KMO para determinar la adecuación muestral, resultando significativa (KMO= 0.906, $p < .001$); la escala quedó conformada por un solo factor que explica el 70.44% de la varianza; y obtuvo una consistencia interna de 0.93.

El poder de discriminación para cada uno de los reactivos del instrumento sobre la influencia de internet, al aplicar la prueba *t* de Student se encontraron diferencias significativas en todos los reactivos. Con estos resultados, se aplicó la prueba KMO para determinar la adecuación muestral, resultando significativa (KMO= 0.947, $p < .001$); la escala quedó conformada por un solo factor que explica el 82.83% de la varianza; y una consistencia interna de 0.96.

Finalmente, los resultados obtenidos del poder de discriminación para cada uno de los reactivos del instrumento sobre la influencia de la radio, al aplicar la prueba *t* de Student se encontraron diferencias significativas en todos los reactivos; se aplicó la prueba KMO para determinar la adecuación muestral, resultando significativa (KMO= 0.916, $p < .001$). La escala quedó conformada por un solo factor que explica el 72.65% de la varianza; y la consistencia interna tuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.93.

l) Características de riesgo de los amigos

Al aplicar la prueba *t* de Student se encontraron diferencias significativas en todos los reactivos entre los grupos alto y bajo. Con estos resultados, se aplicó la prueba KMO para determinar la adecuación muestral, resultando significativa (KMO= 0.868, $p < .001$). Los resultados obtenidos a partir del análisis factorial, se eliminó un reactivo con carga factorial menor a 0.4 y la escala quedó conformada

por un solo factor que explica el 49.66% de la varianza; la consistencia interna de toda la escala tuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.86.

m) Estilos de negociación

Los resultados obtenidos del poder de discriminación para cada uno de los reactivos del instrumento de estilos de negociación, al aplicar la prueba *t* de Student se encontraron diferencias significativas en todos los reactivos. Con estos resultados, se aplicó la prueba KMO para determinar la adecuación muestral, resultando significativa (KMO= 0.832, $p < .001$); después del análisis factorial quedó conformada por tres factores que explican el 51.84% de la varianza. El primer factor quedó conformado por seis reactivos que evalúan un estilo de colaboración-equidad (la persona se interesa en sus propios beneficios y en los de su pareja) explicando el 27.33% de la varianza; el segundo factor se conformó de tres reactivos con un estilo de evitación-acomodación (la persona centra su atención en cubrir necesidades intereses de su pareja, dejando de lado los propios; o cuando no hay interés por buscar le beneficio propio o el de pareja) explicando el 7.34% de la varianza; finalmente el tercer factor, quedó conformado por tres reactivos con un estilo de impositivo (contender- la persona se centra en cubrir sus propios intereses sin tomar en consideración a su pareja) explicando el 6.43% de la varianza. La consistencia interna de toda la escala tuvo un valor de alfa de Cronbach de 0.83.

n) Estructura familiar

Se modificaron los reactivos DF3, DF4, DF5 y DF6, que hacen referencia a datos que se solicitan al padre y a la madre, se complementaron las preguntas agregando las palabras *papá* y *mamá*. Por ejemplo, un reactivo aparecía de la siguiente forma:

	PADRE	MADRE
DF3. ¿Qué edad tiene tu...?	_____ años cumplidos	_____ años cumplidos

De tal forma que confundía a los adolescentes al momento de responder, motivo por el cual se cambió al siguiente formato:

DF3.	¿Qué edad tiene tu PAPÁ ?	¿Qué edad tiene tu MAMÁ ?
	_____ años cumplidos	_____ años cumplidos

o) Norma subjetiva, autoeficacia e intenciones para usar condón

En el caso particular de los reactivos que evalúan norma subjetiva, autoeficacia e intenciones para usar condón, no hubo necesidad de cambiar el formato o la redacción de los reactivos.

p) Patrón de conducta sexual

Se eliminaron los reactivos PS10 y PS11 debido a la confusión generada con los reactivos, se les preguntaba sobre la frecuencia con la que habían tenido relaciones sexuales con alguien de su mismo sexo y del sexo contrario, tanto con pareja regular y ocasional, el reactivo PS11 se refería a la frecuencia del uso del condón en la misma situación. Se propuso uno sólo que se refiere a la frecuencia con la que han tenido relaciones sexuales con alguien de su mismo sexo. En el reactivo PS19 y PS20 se eliminó de las opciones “masturbación en pareja” debido a que no contestaban el reactivo.

Finalmente, en la Tabla 5.6 se presenta la consistencia interna para cada una de las pruebas, reportada por los autores que validaron las escalas con población universitaria y se presenta el alfa obtenida con base en la validación en una muestra de adolescentes en conflicto con la ley para tener un punto de comparación entre los resultados obtenidos.

En general en todas las pruebas se obtuvo un índice de consistencia interna superior a .70, excepto en la escala de estilos de negociación en el factor contender que obtuvo un alfa de .59 y en la escala de estereotipos de género en el factor del ámbito interpersonal que obtuvo un alfa de .62.

Tabla 5.6. Reporte de consistencia interna de los instrumentos utilizado y de la validación obtenida.

Variable	Instrumento y autor	Alfa	
		Reportada por los autores	Obtenida con la validación
Creencias hacia el uso del condón	Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (EESS) Robles et al. (2011)	Con pareja regular ($\alpha=.84$) Con pareja ocasional ($\alpha=.85$)	Con pareja regular ($\alpha=.78$) Con pareja ocasional ($\alpha=.80$)
Actitudes hacia el uso del condón	EESS Robles et al. (2011)	Con pareja regular ($\alpha=.87$) Con pareja ocasional ($\alpha=.90$)	Con pareja regular ($\alpha=.87$) Con pareja ocasional ($\alpha=.85$)
Autoeficacia para usar condón en situaciones de riesgo	EESS Robles et al. (2011)	$\alpha=.84$	Con pareja regular ($\alpha=.77$) Con pareja ocasional ($\alpha=.85$)
Autoestima	Escala de autoestima de Rosemberg, traducido y validado por Vázquez, Jiménez y Vázquez (2004).	Población española ($\alpha=.87$) Población mexicana ($\alpha=.70$)	$\alpha=.73$
Comunicación sobre temas sexuales con la pareja	EUSS Moreno et al. (2010)	$\alpha=.97$	$\alpha=.95$
Estilos de negociación del uso del condón	EESS Robles et al. (2010)	Equidad ($\alpha=.90$) Colaboración ($\alpha=.87$) Acomodación ($\alpha=.79$) Contender ($\alpha=.76$) Evitación ($\alpha=.70$)	Colaboración-equidad ($\alpha=.88$) Evitación acomodación ($\alpha=.72$) Contender ($\alpha=.59$)
Apoyo familiar	Escala de apoyo paterno y materno Sánchez, Enríquez y Reyes-Lagunes (2011)	Apoyo materno ($\alpha=.94$) Apoyo paterno ($\alpha=.96$)	Apoyo materno ($\alpha=.98$) Apoyo paterno ($\alpha=.98$)
Supervisión parental	Escala de supervisión paterna y materna Sánchez, Enríquez y Reyes-Lagunes (2011)	Supervisión materna ($\alpha=.91$) Supervisión paterna ($\alpha=.94$)	Supervisión materna ($\alpha=.99$) Supervisión paterna ($\alpha=.98$)

Tabla 5.6. Reporte de consistencia interna de los instrumentos utilizado y de la validación obtenida (continuación).

Variable	Instrumento y autor	Alfa	
		Reportada por los autores	Obtenida con la validación
Comunicación sexual entre padres e hijos	EUSS Moreno et al. (2010)	Con padre ($\alpha=.98$)	Con padre ($\alpha=.97$)
		Con madre ($\alpha=.97$)	Con madre ($\alpha=.97$)
Características de riesgo de los amigos	Escala de características de amigos Gaxiola, González y Contreras (2011)	$\alpha=.84$	$\alpha=.86$
Estereotipos de género	Estereotipos de genero Rocha y Díaz-Loving (2005)	Contexto social ($\alpha=.75$)	Contexto social ($\alpha=.84$)
		Ámbito interpersonal ($\alpha=.78$)	Ámbito interpersonal ($\alpha=.62$)
Influencia de los medios de comunicación	influencia de los medios de comunicación sobre diferentes temas en televisión, internet y radio Sánchez y Enríquez (2011)	Televisión ($\alpha=.82$)	Televisión ($\alpha=.93$)
		Internet ($\alpha=.88$)	Internet ($\alpha=.96$)
		Radio ($\alpha=.90$)	Radio ($\alpha=.93$)

5.5 Conclusiones

El objetivo del presente estudio fue estimar las propiedades psicométricas de los constructos relacionados con el Modelo ecológico en sus diferentes niveles, micro, meso, exo y macro sistema, en una muestra de adolescentes en conflicto con la ley. El proceso de validación de los instrumentos implicó hacer un análisis de discriminación de reactivos y un análisis factorial. Las variables que refieren creencias, actitudes y autoeficacia, se evaluaron tanto para pareja regular como para la ocasional, lo cual implicó validar el instrumento para cada tipo de pareja.

En relación con el objetivo principal de este estudio, es importante señalar que los resultados obtenidos en cada una de las escalas permiten afirmar que los instrumentos cuenta con buenas propiedades psicométricas, razón por la cual pueden emplearse para evaluar a adolescentes mexicanos con estudios de primaria y secundaria, de estratos socioeconómicos bajos que se encuentran en conflicto con la ley; sin embargo, es necesario poner atención en los instrumentos

sobre autoestima y estilos de negociación, ya que a pesar de que su índice de confiabilidad en conjunto para cada instrumento fue mayor a .7; el resto de instrumentos su consistencia fue mayor, por lo que es necesario en futuras investigaciones revisar estos instrumentos para incrementar su confiabilidad.

No se puede dejar de mencionar que la construcción de instrumentos depende del modelo teórico del cual se parte en una investigación. Los modelos son la guía que determina lo que resulta importante medir, ya que como lo señalan Painter, Borba, Hynes, Mays y Glanz (2008) la investigación encaminada a la prevención del VIH/SIDA debe evaluar todos los constructos del modelo del cual se parte y mostrar propiedades psicométricas adecuadas de cada uno de los instrumentos utilizados.

Finalmente, contar con esta batería de instrumentos validados permite llevar a cabo un diagnóstico sobre el perfil de riesgo sexual de una muestra de adolescentes en conflicto con la ley, esto se presenta en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 6. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE LOS ADOLESCENTES EN CONFLICTO CON LA LEY

De acuerdo con ONUSIDA (2010), es necesario intervenir en personas que por sus condiciones políticas y sociales hacen más probable que tengan conductas de riesgo sexual, uno de esos contextos, es el entorno carcelario.

Para poder contar con una intervención eficaz es necesario a) aplicar programas de intervención diseñados en el mismo contexto cultural (Meekers & Klein, 2002); b) considerar las diferencias de género (Kim, 2007); c) usar programas acordes a la población con la que se interviene (Padilla et al., 2010); y d) utilizar la evaluación inicial para identificar sobre qué puntos hay que centrarse en un programa de intervención (Koblin et al., 2004; Lameiras et al., 2006); sobre este último punto surge la necesidad de establecer un diagnóstico que permita identificar aquellos elementos en los que se debe intervenir con base en lo reportado por los adolescentes.

El Modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987) se propone como marco de referencia para identificar el papel que juegan los diferentes contextos vinculados con su conducta sexual y que den pauta a la delimitación de un programa de intervención en adolescentes en un entorno carcelario.

6.1 Objetivo particular

Identificar, en una muestra de adolescentes en conflicto con la ley, el perfil de riesgo sexual con base en el Modelo ecológico de Bronfenbrenner, que den pauta a la delimitación del diseño del programa de intervención.

6.2 Objetivos específicos

- Conocer el patrón de conducta sexual de los adolescentes.
- Conocer las características del microsistema sobre el nivel de conocimientos, creencias, actitudes autoeficacia e intenciones hacia el uso del condón, así

como el nivel de autoestima, y de comunicación sexual con la pareja de los adolescentes.

- Conocer las características del mesosistema, identificando la estructura familiar de los adolescentes, describiendo la percepción de los adolescentes sobre el apoyo y supervisión parental y la frecuencia con la que se comunican con sus padres sobre diferentes temas sexuales; y describiendo la percepción de la norma subjetiva del grupo de pares sobre el uso del condón e identificar las conductas de riesgo de los amigos de los adolescentes.
- Conocer la relación entre el tiempo dedicado al trabajo y el nivel de escolaridad de los padres (variables del exosistema) con la percepción del apoyo, supervisión parental y comunicación sexual entre padres e hijos de los adolescentes (variables del mesosistema).
- Conocer los estereotipos de género e influencia de los medios de comunicación que perciben los adolescentes (variables del macrosistema).
- Conocer en qué medida las variables de los distintos niveles del Modelo ecológico predicen la consistencia del uso del condón.

6.3 Método

6.3.1 Participantes

Se incluyó a los adolescentes del estudio de validación de instrumentos y se amplió la muestra para la elaboración del diagnóstico.

En total los instrumentos de evaluación se aplicaron a una muestra de 395 adolescentes de la CDIA, seleccionados a través de un procedimiento intencionado (Kerlinger & Lee, 2002). Se excluyeron 48 casos que no eran sexualmente activos y 27 que no vivían al menos con uno de sus padres.

La muestra final quedó conformada por 320 varones, con una edad promedio de 16.33 años (DE= 1.0), la mayoría con estudios de secundaria (47.2%), seguido de preparatoria (24.1%) o ninguno (20.6%), sólo un 7.8% reportó tener estudios de primaria; en cuanto al estado civil, el 86.3% reportó ser soltero y 13.4% reportó estar en unión libre; el 14.4% de los adolescentes reportó tener al menos un hijo; el 40.6% mencionó vivir con ambos padres, un 32.2% sólo con la madre y un 9.7%

sólo con el padre, un 11.6% dijo vivir con su pareja y sus padres, el porcentaje restante reportó vivir solo o con su pareja. Los ingresos familiares mensuales son menos de \$2,000 (20.3%), seguido de \$2,000 a \$3,999 (19.7%), y de \$4,000 a \$5,999 (9.4%), aunque cabe resaltar que el 40.9% no saben el ingreso mensual familiar. El delito por el cual se encuentran en la Comunidad es en mayor medida por robo (81.6%), seguido de privación ilegal de la libertad (6.3%), homicidio (4.1%), lesiones (2.8%), daños a la salud (2.2%), violación (1.3%) o delincuencia organizada (1.3%) y para el 88.8% fue su primer ingreso a la Comunidad.

6.3.2 Tipo de estudio

De acuerdo con la clasificación de Méndez, Namihira, Moreno y Sosa (2001) el presente estudio es de corte prospectivo (toda la información se recogerá de acuerdo a los criterios establecidos a partir de su planeación), transversal (se miden las variables una sola vez, se miden las características del grupo en un momento dado), descriptivo (sólo se cuenta con una población, la cual se pretende describir en función de un grupo de variables) y observacional (solo se describe el fenómeno estudiado, sin modificar ninguno de los factores que intervienen en el proceso).

6.3.3 Escenario

La aplicación de los instrumentos de evaluación se llevó a cabo en el comedor de la Comunidad (CDIA), el espacio tenía mesas distribuidas en dos hileras con capacidad para seis adolescentes por mesa.

6.3.4 Variables

Se contemplaron las variables utilizadas en el primer estudio, sobre:

- Variables Sociodemográficas.
- Patrón de comportamiento sexual
- Consistencia del uso del condón

VARIABLES DEL MODELO ECOLÓGICO

VARIABLES DEL MICROSISTEMA

- Conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS
- Conocimientos sobre el uso del condón
- Creencias hacia el uso del condón
- Actitudes hacia el uso del condón
- Intención para usar condón en relaciones sexuales
- Autoeficacia para usar condón en relaciones sexuales
- Autoeficacia para usar condón en situaciones de riesgo
- Autoestima
- Comunicación sexual con la pareja
- Estilos de negociación del uso del condón

VARIABLES DEL MESOSISTEMA

- Estructura familiar
- Apoyo familiar
- Supervisión parental
- Comunicación sexual entre padres e hijos
- Norma subjetiva del grupo de pares
- Características de riesgo de los amigos

VARIABLES DEL EXOSISTEMA

- Trabajo de los padres
- Nivel de escolaridad de los padres

VARIABLES DEL MACROSISTEMA

- Estereotipos de género
- Influencia de los medios de comunicación

6.3.5 Instrumentos

Se contemplaron los instrumentos validados en el primer estudio.

Características Sociodemográficas: Datos Demográficos Individuales (DI) y Datos Jurídicos (DJ)

Microsistema

- Prueba de conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS. Esta prueba estuvo conformada por 12 reactivos y se obtuvo un índice de dificultad de 0.52, que indica que la prueba no es fácil, ni difícil.
- Prueba de conocimientos sobre el uso del condón. La prueba se conformó por 6 reactivos con un índice de dificultad de 0.60, que indica que la prueba es adecuada para ser aplicada en la muestra evaluada.
- Escala de creencias hacia el uso del condón con pareja regular y con pareja ocasional. Se conformó por 12 reactivos, la consistencia interna de las creencias con pareja regular fue de $\alpha=.84$, y con pareja ocasional fue de $\alpha=.85$.
- Escala de actitudes hacia el uso del condón con pareja regular y con pareja ocasional. Se conformó por cinco reactivos, la consistencia interna de las actitudes con pareja regular fue de $\alpha=.87$ y con pareja ocasional fue de $\alpha=.87$.
- Escala de autoeficacia para usar condón en situaciones de riesgo con pareja regular y con pareja ocasional. Estuvo conformada por un reactivo sobre la autoeficacia para usar condón en cuatro situaciones de riesgo, la consistencia interna con pareja regular fue de $\alpha=.78$, y con pareja ocasional fue del $\alpha=.84$.
- Escala de autoestima. Se conformó por 10 reactivos la cual se obtuvo una consistencia interna de $\alpha=.72$.
- Escala de comunicación sobre temas sexuales con la pareja. Se conformó por 10 ítems, y se obtuvo un alfa de $\alpha=.94$.
- Escala de estilos de negociación sobre el uso del condón. Se conformó por 9 reactivos, la consistencia interna fue de $\alpha=.85$.

Mesosistema

- Escala de apoyo paterno y materno. Esta escala estuvo conformada por 8 reactivos sobre apoyo paterno ($\alpha=.98$) y apoyo materno ($\alpha=.97$).
- Escala de supervisión paterna y materna. Se conformó por 10 reactivos sobre supervisión paterna ($\alpha=.99$) y diez reactivos sobre supervisión materna ($\alpha=.95$).
- Escala de comunicación sexual entre padres e hijos. Se conformó por 10 reactivos para evaluar la frecuencia con la que se comunican con su padre y con su madre sobre diferentes temas de sexualidad, la consistencia interna de la comunicación con padre fue de $\alpha=.96$ y con su madre $\alpha=.98$.
- Escala de características de riesgo de los amigos. La escala se conformó por 7 reactivos, y se obtuvo un alfa de $\alpha=.88$.

Macrosistema

- Escala de estereotipos de género. Se conformó por 12 reactivos y se obtuvo un alfa de $\alpha=.89$.
- Escala de la influencia de televisión, internet y radio. Se conformó por 7 reactivos, para evaluar la influencia de televisión, internet y radio. La consistencia interna sobre la influencia de televisión fue de $\alpha=.91$, de internet fue de $\alpha=.96$, y de radio fue de $\alpha=.93$.

6.3.6 Procedimiento

Se solicitó consentimiento informado a los padres o tutores de los adolescentes durante la visita familiar. Se programó una reunión en las instalaciones de la institución para aplicar los instrumentos de evaluación a los adolescentes cuyos padres y ellos mismos otorgaron el consentimiento informado para colaborar en el estudio. Durante la aplicación estuvieron presentes dos instructores y un miembro de la institución, quienes explicaron a los adolescentes el motivo de su presencia, enfatizaron la importancia de su participación voluntaria y el tratamiento confidencial de sus respuestas, y señalaron que la información que ellos proporcionaran no sería utilizada en ningún sentido por la Institución.

Aquellos adolescentes que desearon participar en el estudio, se les entregó de manera individual un lápiz y un cuadernillo con los diversos instrumentos; posteriormente se les invitó a crear una clave de identificación para poder dar seguimiento a los cuestionarios aplicados, se leyeron las instrucciones indicando que debían poner en los espacios: las dos primeras letras del apellido paterno, las primeras dos letras del apellido materno, los dos últimos dígitos del año de nacimiento, el mes y día de nacimiento. Los participantes tardaron aproximadamente 40 minutos en responder los instrumentos.

6.3.7 Análisis de datos

Se empleó el paquete estadístico SPSS v.20 para el análisis de datos. Para el análisis descriptivo del patrón de comportamiento sexual y de las variables del Modelo ecológico se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión. Para establecer la relación entre variables medidas en escala tipo Likert se utilizó el coeficiente r de Pearson. Asimismo, se realizó un análisis de regresión múltiple para encontrar aquellas variables que predicen la consistencia del uso del condón.

6.4 Resultados

a) Patrón de conducta sexual

De los 320 adolescentes evaluados, el 96.5% tienen una orientación heterosexual, la edad promedio del debut sexual es de 13.98 años (DE= 1.47), la moda es de 14 años y se encuentran distribuidos en un rango de 10 a 17 años, en promedio han tenido siete parejas sexuales (DE= 6.55).

El 10.4% (33 adolescentes) han tenido relaciones sexuales con alguien de su mismo sexo, un 6.6% reportaron haber tenido relaciones sexuales dentro de la Comunidad, tres mencionaron que habían tenido relaciones anales, uno relaciones orales, tres relaciones orales y anales y 16 reportaron que sólo se masturbaban.

Dentro de la evaluación del patrón de comportamiento sexual se preguntó sobre la primera relación sexual. La mayor parte de los adolescentes reportaron

que su primer encuentro fue con su novia (68.8%), ver figura 6.1, y para la mayoría fue en su propia casa (34.3%) o en la casa de su novia (24.5%), ver figura 6.2.

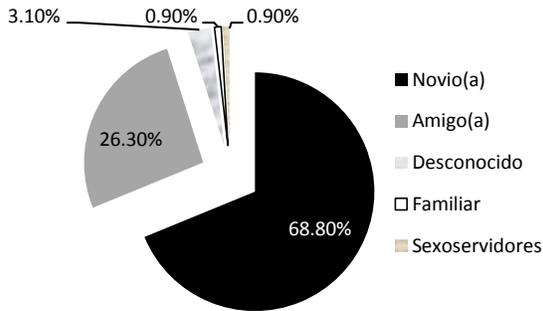


Figura 6.1. Tipo de pareja en primera relación sexual.

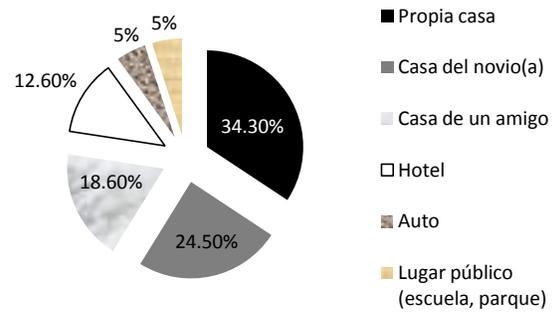


Figura 6.2. Lugar de la primera relación sexual.

De manera general, un 45% reportaron haber planeado su primera relación sexual, y un 50.5% usaron condón en ese primer encuentro; al hacer un cruce de la información entre los que planearon y usaron condón en su primera relación sexual, se observa en la figura 6.3 que aquellos adolescentes que planean su primera relación sexual es mayor el porcentaje que reporta usar condón en ese primer encuentro sexual, encontrándose diferencias significativas siendo que aquellos que planean su primera relación sexual es mayor el porcentaje de adolescentes que usaron condón ($\chi^2 = 18.14, p < .001$).

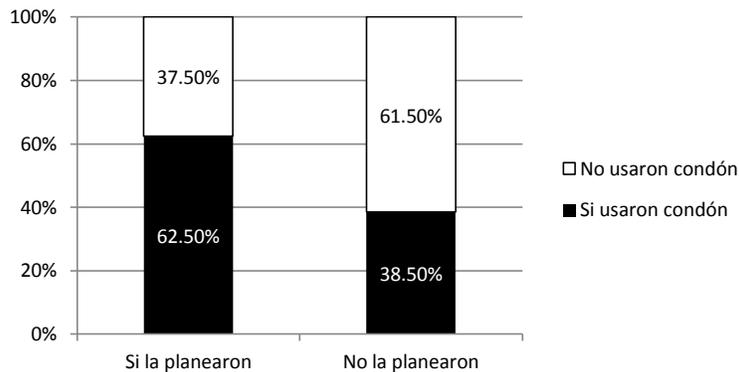


Figura 6.3. Porcentaje de adolescentes que planearon y usaron condón en su primera relación sexual.

Por otro lado, se preguntó a los adolescentes sobre el tipo de prácticas sexuales que realizan, en la figura 6.4 se presenta un 39.10% de adolescentes que sólo han tenido relaciones sexuales vaginales, y un 36.30% que reportaron practicar sexo vaginal, anal y oral.

En la figura 6.5 se muestra que la mayor parte de los adolescentes no usa de manera consistente el condón (67.30%), es decir no lo usan en todas y cada una de sus relaciones sexuales, lo que hace que este sector pueda presentar problemas de salud sexual.

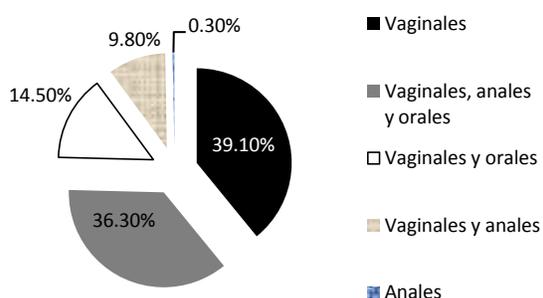


Figura 6.4. Tipo de relaciones sexuales reportadas por los adolescentes

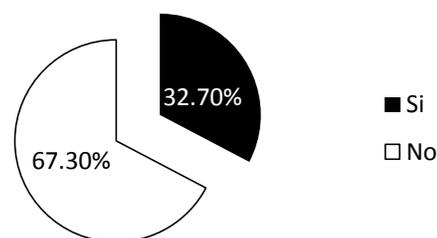


Figura 6.5. Consistencia en el uso del condón.

En este sentido se preguntó a los adolescentes sobre la presencia de problemas de salud sexual, en la figura 6.6 se muestra el porcentaje de adolescentes que reportaron que su pareja tuvo algún embarazo no planeado o un aborto y si han tenido alguna ITS, cabe mencionar que ninguno de los adolescentes reportó tener VIH, sin embargo más del 90% nunca se han hecho la prueba para detectar el virus.

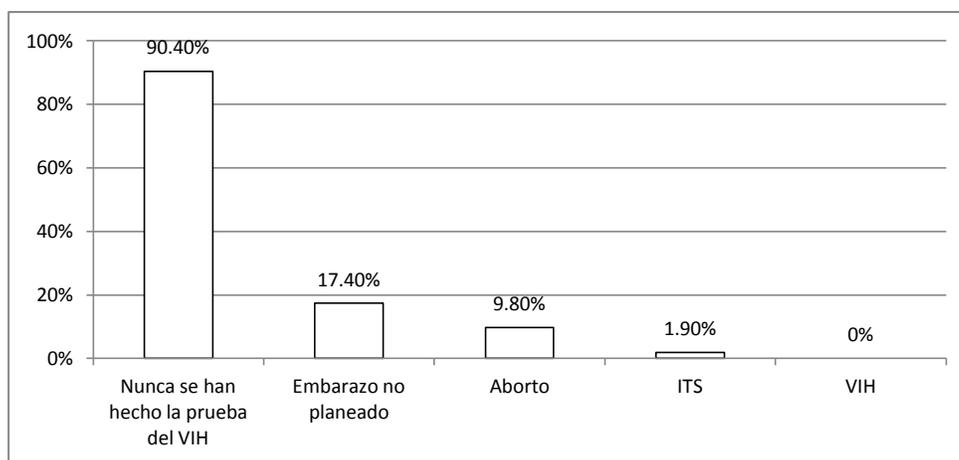


Figura 6.6. Porcentaje de adolescentes que reportaron algún problema de salud sexual.

Finalmente, el consumo de alcohol y drogas se ha asociado a prácticas de riesgo, como por ejemplo no usar condón en relaciones sexuales, en un primer momento se preguntó si los adolescentes ingerían alcohol y drogas, y de qué tipo, y en un segundo momento a aquellos que reportaron hacerlo se les preguntó sobre si habían tenido o no relaciones sexuales y si usaron o no condón.

Sobre el primer momento, el 68.4% de los adolescentes reportaron la ingesta de alcohol y el 46.9% mencionó consumir drogas, en la tabla 6.1 se presenta la frecuencia con la que consumían antes de su ingreso a la Comunidad; se observa que la mayoría consumía alcohol los fines de semana (38.8%) y sobre la droga, los adolescentes reportaron consumirla de una a tres veces al mes (30%), aunque cabe mencionar que un 20% de los adolescentes consumían droga diariamente.

Tabla 6.1. Frecuencia del consumo de alcohol y drogas de los adolescentes antes de ingresar a la CDIA.

	Alcohol (n=219)		Drogas (n=150)	
	n	%	n	%
Nunca	32	14.3	27	18.0
1 a 3 veces al mes	80	35.7	45	30.0
Sólo fines de semana	87	38.8	34	22.7
2 a 3 veces por semana	20	8.9	13	8.7
Todos los días	5	2.2	31	20.7

En la figura 6.7 se presenta la frecuencia en el reporte del consumo de bebidas alcohólicas, siendo la más consumida la cerveza, seguida por el tequila y los vinos.

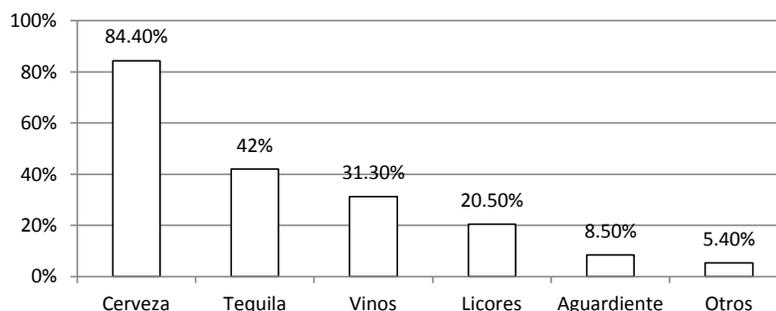


Figura 6.7. Tipo de bebidas alcohólicas consumidas por los adolescentes.

El tipo de drogas que reportaron los adolescentes que consumían, en mayor frecuencia se encuentra la marihuana y los solventes, aquellas drogas inyectables que se asocian con la infección del VIH, los adolescentes reportaron hacerlo en menor medida (ver figura 6.8).

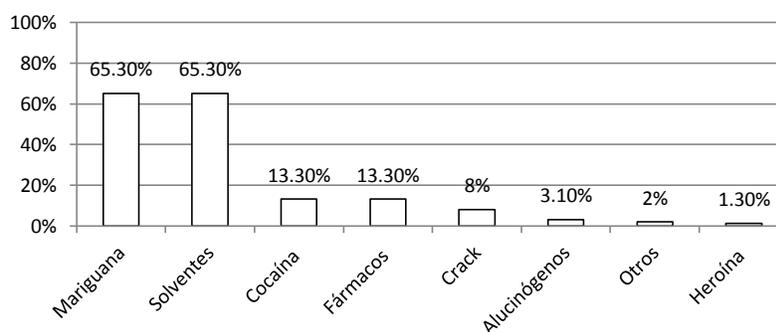


Figura 6.8. Tipo de drogas consumidas por los adolescentes.

En cuanto al segundo momento de la evaluación del consumo de alcohol y drogas y tener relaciones sexuales, el 64.70% de los adolescentes reportó haber tenido relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol y el 54.70% reportó prácticas sexuales bajo los efectos de la droga. En la figura 6.9 se presenta el porcentaje de adolescentes que reportaron haber tenido relaciones sexuales habiendo consumido alcohol o drogas y el porcentaje que usó condón bajo estas

circunstancias. Se observa que en ambos casos el porcentaje de adolescentes que usó el condón al tener sexo fue menor al 2%.

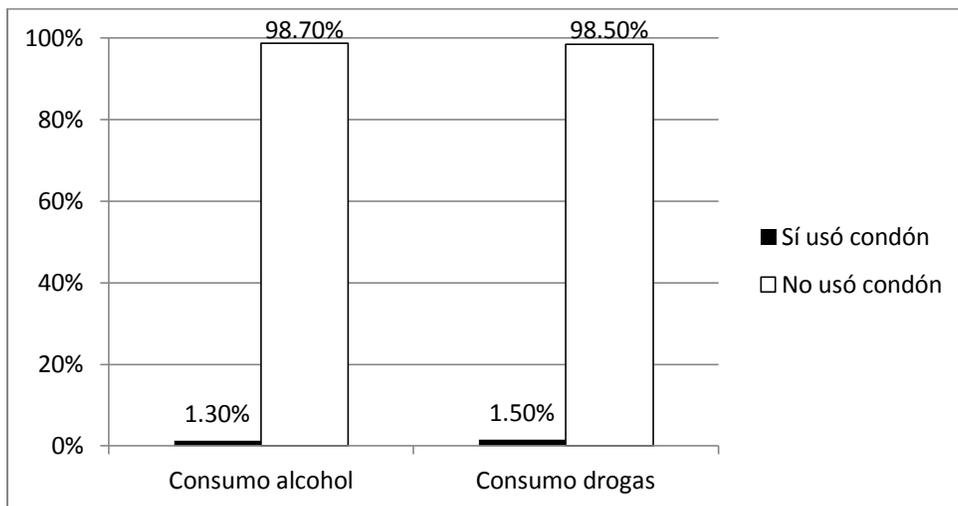


Figura. 6.9. Porcentaje de adolescentes que reportaron tener relaciones sexuales y usar condón habiendo consumido alcohol y drogas.

En síntesis, los adolescentes han iniciado su vida sexual a edades tempranas, tienen múltiples pareja sexuales, y algunos de ellos han tenido sexo en las instalaciones de la Comunidad, en cuanto a la primera relación sexual la han tenido con su novia y la han tenido en su casa o en la casa de su pareja, de igual forma aquellos que planean su primera relación sexual son quienes más reportan usar el condón en ese primer encuentro sexual; más del 60% de los adolescentes no usa de manera sistemática el condón, es decir en todas y cada una de sus relaciones sexuales. Finalmente un alto porcentaje de los adolescentes ha consumido alcohol y drogas y cuando tienen relaciones sexuales bajo su influencia no usan condón en sus relaciones sexuales.

b) Microsistema

En la figura 6.10 se presenta el porcentaje de respuestas correctas obtenido por los participantes en la prueba de conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS, de manera general los adolescentes obtuvieron un promedio de 53.05% de respuestas correctas, lo cual indica que reprobaron la prueba, aprobaron con 6 el área de sintomatología y el área de transmisión y prevención del VIH, así como el

área de características de ITS reprobaron. Cabe resaltar que hubo adolescentes (15 en total) que tuvieron cero por ciento de aciertos.

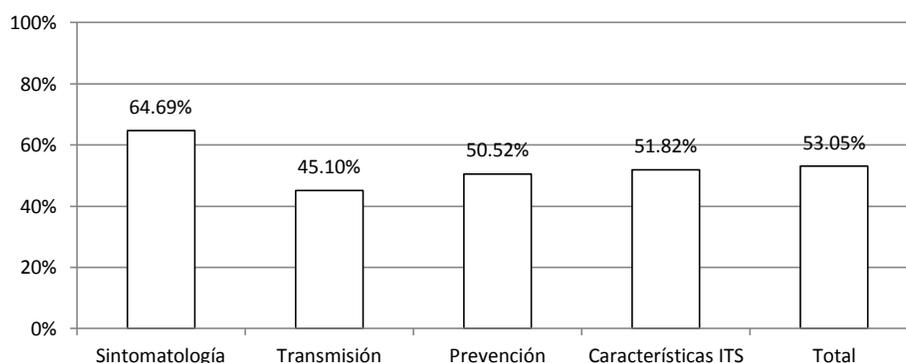


Figura 6.10. Porcentaje de respuestas correctas obtenido en la prueba de conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS.

En la figura 6.11 se presenta el porcentaje de adolescentes que respondió correctamente a cada uno de los seis reactivos de la prueba de conocimientos sobre el uso correcto del condón. Se observa que en promedio se obtuvo un 39.43% de respuestas correctas, los adolescentes mostraron conocimiento sobre el espacio que se debe dejar en la punta del condón, que se debe colocar en el pene erecto y que deber verificar la fecha de caducidad, sin embargo, desconocen qué tipo de lubricantes deberían usar, cómo abrir el empaque y cómo evitar que se deslice el condón durante el acto sexual, al no saber estos tres pasos para usar un condón, puede romperse el condón. Hubo un 12% de adolescentes que tuvieron cero por ciento de respuestas correctas.

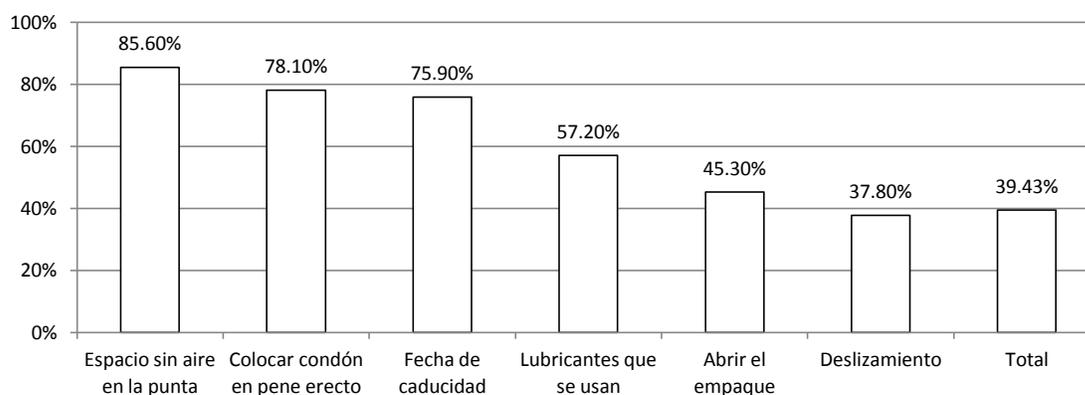


Figura 6.11. Porcentaje de respuestas correctas en conocimientos sobre el uso correcto del condón.

La evaluación de las creencias del uso del condón, de las actitudes hacia su uso, de la intención para usarlo en su próxima relación sexual y de la autoeficacia para usarlo en relaciones sexuales y bajo situaciones de riesgo, se preguntó a los adolescentes en función del tipo de pareja sexual, estable y ocasional, entendiendo que una pareja estable es aquella que en la cual existe un vínculo afectivo y con quien lleva un determinado tiempo de convivir como pareja; y la pareja ocasional es aquella con quien no necesariamente se tiene un vínculo afectivo y se contacta esporádicamente, o bien la trata por primera vez. En un primer momento se realizará el análisis de estas variables con pareja regular y en segundo momento con pareja regular.

En la tabla 6.2 se reporta el análisis descriptivo de las variables del microsistema relacionadas con el uso del condón con pareja regular, en aquellas variables que tienen una puntuación mínima y máxima de 1 y 5, la media es 3, para interpretar el promedio resultado obtenido en el reporte de los adolescentes se debe considerar que puntuaciones cercanas a 5 significa que tienen ese atributo y puntuaciones cercanas a 1 significa que no poseen el atributo. De igual forma, se interpretan los valores de aquellas variables con puntuación de 1 a 7, la media es 3.5 y valores cercanos a 7 poseen el atributo y valores cercanos a 1 no poseen el atributo.

Con base en lo anterior, se observa que los adolescentes poseen creencias de seguridad y protección, es decir creen que usar condón los protege del VIH/SIDA; sin embargo, también tienen creencias negativas puesto que consideran que usarlo con su pareja podría ser muy problemático. Los jóvenes tienen una puntuación por encima de la media en actitudes hacia el uso del preservativo, lo que significa que poseen una actitud favorable hacia su uso; de igual forma éstos reportaron tener la intención de usarlo en su próxima relación sexual y se sienten autoeficaces para usar condón en sus relaciones sexuales, pero no se sienten tan capaces de poderlo usar si están expuestos a situaciones de riesgo, es decir si ellos o su pareja han consumido alcohol o drogas.

Tabla 6.2. Análisis descriptivo de las variables del microsistema sobre el uso del condón con pareja regular.

Variable	N	Puntuación min-máx.	Media	D.E.
Creencias de seguridad y protección	320	1-5	4.17	1.17
Creencias negativas	320	1-5	3.40	1.14
Actitudes	295	1-7	3.84	1.86
Intención para usarlo	320	1-7	4.40	2.57
Autoeficacia para usarlo	320	1-7	4.33	2.58
Autoeficacia para usarlo en situaciones de riesgo	319	1-7	3.39	2.14

Las variables del microsistema relacionadas con el uso del condón con pareja ocasional se presentan en la tabla 6.3. Se encontró que los adolescentes tienen creencias de seguridad y protección, es decir creen que usar condón con pareja regular podría hacer que se sientan bien consigo mismo; los adolescentes reportaron no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo respecto a las creencias negativas, como por ejemplo si podría ser problemático usar el condón. Tienen una actitud favorable para usarlo, tienen la intención de usar condón y se sienten capaces de poderlo usar en su próxima relación sexual; e incluso se sienten capaces de usarlo en situaciones de riesgo; es decir, si tienen la posibilidad de tener relaciones sexuales cuando él o su pareja han consumido alcohol y drogas, los adolescentes se sienten más autoeficaces para poder usar el preservativo bajo estas situaciones de riesgo.

Tabla 6.3. Análisis descriptivo de las variables del microsistema sobre el uso del condón con pareja ocasional.

Variable	N	Puntuación min-máx.	Media	D.E.
Creencias de seguridad y protección	319	1-5	4.08	1.21
Creencias negativas	319	1-5	3.30	1.17
Actitudes	294	1-7	3.99	1.84
Intención para usarlo	320	1-7	5.19	2.37
Autoeficacia para usarlo	320	1-7	5.51	2.20
Autoeficacia para usarlo en situaciones de riesgo	319	1-7	3.63	2.31

Por otro lado, el resultado obtenido a partir de la escala de autoestima, se encontró un promedio de 2.91 (DE=0.80) con una puntuación mínima de 1 y una máxima de 4, este resultado muestra que los adolescentes tienen una autoestima

moderada de acuerdo a la interpretación del instrumento de Rosemberg (Vazquez et al., 2004).

Finalmente, en la tabla 6.4 se presenta el análisis descriptivo las variables del microsistema sobre comunicación sobre temas sexuales con la pareja y estilos de negociación sobre el uso del condón, de igual forma que en los resultados anteriores sobre pareja regular y ocasional, la media es 3 y la puntuación mínima y máxima es 1 y 5 respectivamente, se observa que los adolescente casi nunca se comunican con su pareja sobre diferentes temas sexuales, por ejemplo, cómo usar los métodos anticonceptivos o cómo protegerse en las relaciones sexuales; respecto al estilo de negociación los adolescentes tienen a utilizar el estilo de colaboración-equidad, es decir, tratan de llegar a un acuerdo con su pareja para usar el condón; sobre el estilo de contender es decir que imponga su punto de vista y tratar de salirse con la suya, los adolescentes no están de acuerdo, ni en desacuerdo con dicho estilo.

Tabla 6.4. Análisis descriptivo sobre comunicación con la pareja.

Variable	N	Puntuación min-máx.	Media	D.E.
Comunicación sobre temas sexuales	317	1-5	2.82	1.46
Estilos de negociación:				
Colaboración-equidad	312	1-5	3.79	1.21
Contender	312	1-5	3.07	1.22

En síntesis, los adolescentes tienen bajos niveles de conocimientos sobre VIH/SIDA y sobre el uso correcto del condón; de igual forma tienen creen que el condón los protege pero también consideran que usarlo puede ser problemático; tienen una actitud favorable hacia su uso, tienen la intención de usarlo y se sienten capaces de poderlo usar en sus relaciones sexuales; únicamente con pareja regular no se sienten capaces de usar en condón bajo la influencia de alcohol y drogas.

c) Mesosistema

En este apartado, se hizo el análisis en tres partes, en la primera se describe la estructura familiar en términos de las características socio

demográficas de sus padres y de la presencia de problemas de salud sexual por parte de sus hermanos; en la segunda parte, el análisis se centra sobre la percepción que tienen los adolescentes sobre el apoyo y supervisión de sus padres y sobre la comunicación que establecen con ellos sobre diferentes temas sexuales; y finalmente, en la tercera parte, el análisis describe lo que perciben de sus amigos y de lo que hacen sus amigos.

Sobre el primer punto, se preguntó sobre las características de los padres, la edad promedio del padre fue de 42.63 años (DE=7.46) con un rango de 28 a 74 años, y de la madre la edad promedio fue de 39.68 años (DE=5.93) con un rango de 29 a 62 años.

Fue alto el porcentaje de padres y madres vivos al momento de la aplicación (ver figura 6.12), de estos solo el 40% viven juntos y el resto separados (ver figura 6.13).

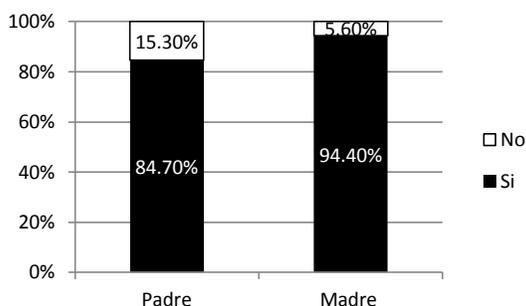


Figura 6.12. Porcentaje de padres vivos.

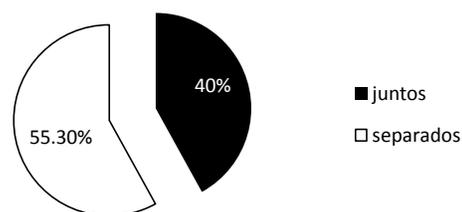


Figura 6.13. Porcentaje de cómo viven los padres.

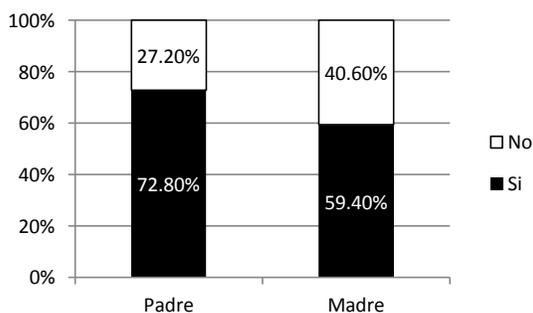


Fig. 6.14. Porcentaje de padres que trabajan actualmente.

Los adolescentes reportaron que sus padres trabajan, siendo más alto el porcentaje de padres que laboran en comparación con las madres (ver figura

6.14). Respecto al número de horas que laboran al día, los jóvenes reportaron que el padre trabaja en promedio 9.84 horas diarias (DE=2.62) en un rango en horas de 2 a 18; y la madre, por su parte, trabaja en promedio 8.63 horas diarias (DE=2.25) en un rango en horas de 1 a 15.

El nivel educativo de los padres se presenta en la figura 6.15 donde se muestra que el porcentaje de estudios realizados por el padre y la madre, se observa que los estudios de secundaria, seguido de primaria son los reportados con mayor frecuencia.

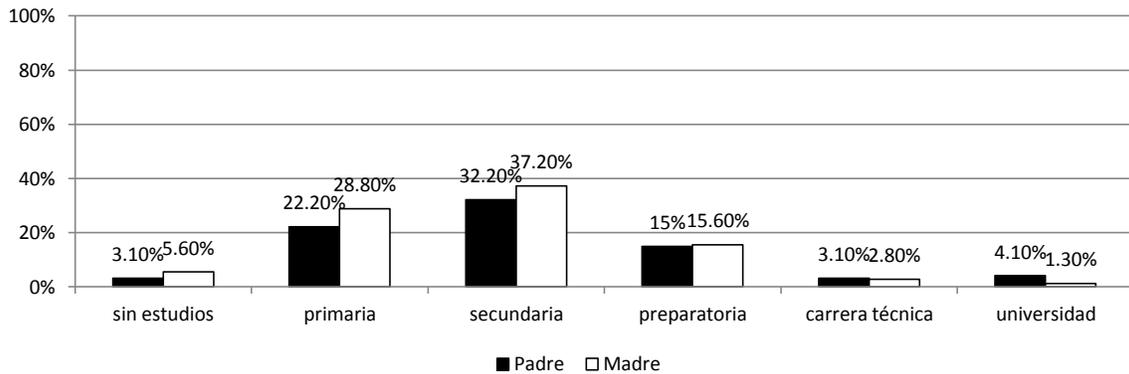


Fig. 6.15. Nivel de estudios de los padres.

Por otro lado, el 95% de los adolescentes encuestados reportó tener al menos un hermano, de estos un 10% han tenido un embarazo no planeado (ver figura. 6.16) y un 15.9% han tenido relaciones sexuales (ver figura 6.17).

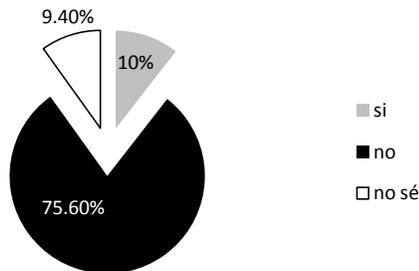


Figura 6.16. Porcentaje de hermanos que han tenido un embarazo no planeado.

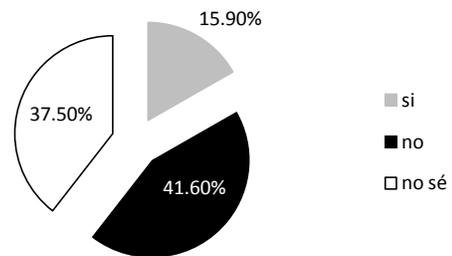


Figura 6.17. Porcentaje de hermanos que han tenido relaciones sexuales.

En el segundo análisis centrado en la percepción de los adolescentes sobre el apoyo, supervisión y frecuencia con la que se comunican con sus padres, se

observa en la tabla 6.5 los resultados obtenidos, en cada una de estas variables la puntuación mínima y máxima es 1 y 5 respectivamente, la media es 3; valores cercanos a 5 indican que los adolescentes perciben que sus padre los apoyan, los supervisan o que siempre se comunican con sus padres sobre aspectos relacionados con la conducta sexual. Los resultados obtenidos muestran que los adolescentes perciben que su padre los apoya y supervisa, pero ligeramente es superior la percepción que tienen de su madre, presentándose diferencias significativas; sobre la frecuencia de la comunicación con ambos padres, se encontró que casi no se comunican con sus padres sobre temas de salud sexual.

Tabla 6.5. Análisis descriptivo del apoyo, supervisión y comunicación con padres.

Variable	N	Padre	Madre	Puntuación min-máx.	t	gl	Sig.
Apoyo percibido	301	3.25	4.09	1-5	8.71	300	.001
Supervisión percibida	301	3.27	4.06	1-5	8.17	300	.001
Comunicación sobre temas sexuales	307	2.41	2.46	1-5	2.54	306	.141

Finalmente, el tercer análisis se centró en la percepción de los adolescentes sobre norma subjetiva, es decir, lo que creen que piensan sus amigos sobre tener relaciones sexuales, tener múltiples parejas sexuales y sobre usar condón en relaciones sexuales; así como en conductas de riesgo de sus amigos. En la tabla 6.6 se muestran los resultados obtenidos en el caso de norma subjetiva la puntuación mínima y máxima es 1 y 7 con una media de 3.5, los valores cercanos a 7 señalan que ellos creen que para sus amigos es muy importante lo que hacen; y en características de riesgo de los adolescentes el valor mínimo y máximo es 1 y 5 respectivamente, los valores cercanos a 5 indican que sus amigos tienen diferentes conductas de riesgo.

Con base en lo anterior, los adolescentes perciben que sus amigos piensan que ellos deberían tener relaciones sexuales, tener múltiples parejas sexuales y que deberían usar condón en sus relaciones sexuales; aunque perciben más que sus amigos piensan que debería usar el condón con pareja ocasional que con pareja regular; sobre las características de riesgo de los amigos, los adolescentes reportaron que sus amigos no tienen o tienen pocos comportamientos de riesgo,

es decir, que no se drogan, que no tienen relaciones sexuales o que no hacen daño a lugares públicos.

Tabla 6.6. Análisis descriptivo de la norma subjetiva y de las características de riesgo de los amigos.

Variable	N	Puntuación min-máx.	Media	D.E.
Norma subjetiva:				
Tener relaciones sexuales	320	1-7	5.48	2.08
Tener múltiples parejas sexuales	320	1-7	4.03	2.52
Usar condón con pareja regular	320	1-7	4.96	2.48
Usar condón con pareja ocasional	320	1-7	5.67	2.17
Características de riesgo de los amigos	320	1-5	2.77	1.22

En síntesis, se encontró que los padres de los adolescentes en promedio tienen una edad de 40 años y sus estudios oscilan entre primaria y secundaria, más del 50% de sus padres se encontraban separados al momento de la aplicación, ambos padres trabajan en promedio 8 ó 9 horas diarias. Algunos de estos adolescentes han tenido un hermano con un embarazo no planeado (10%) o que tienen relaciones sexuales (15%).

Los adolescentes perciben que sus padres los apoyan y los supervisan, siendo mayor esa percepción con la madre, en comparación con el padre; y se comunican poco con sus padres sobre diferentes temas sexuales. En cuanto a la percepción de sus amigos creen que para sus amigos es importante que ellos tengan sexo, varias parejas y que usen condón en sus relaciones sexuales, también fueron los que mencionaron que sus amigos tienen conductas de riesgo.

d) *Exosistema*

De acuerdo con el Modelo ecológico, existen ciertos contextos que pueden afectar al mesosistema; como por ejemplo, un padre que trabaja muchas horas puede impactar en la frecuencia con la que supervisa a sus hijos, en este apartado se analiza si los padres trabajan, el número de horas que trabajan y el nivel de estudios de los padres y su relación con el apoyo, supervisión y comunicación sobre temas sexuales.

Se encontró únicamente una correlación negativa entre si la madre trabaja con la comunicación de temas sexuales ($\varphi=-.231$, $p<.001$), es decir aquellas madres que trabajan, no se comunican con sus hijos.

Las horas diarias que trabaja el padre se correlacionó positivamente con las variables de apoyo ($r=.153$, $p<.05$), supervisión ($r=.166$, $p<.05$) y comunicación sobre temas sexuales ($r=.160$, $p<.05$); lo anterior significa que entre más horas trabajan los padres es mayor la percepción de los adolescentes sobre el apoyo, supervisión y comunicación con el padre; en el caso de la madre el tiempo que laboran no se relacionó con estas variables, sin embargo cabe resaltar que las correlaciones son muy bajas.

El nivel de escolaridad de los padres no correlacionó significativamente con las variables de apoyo, supervisión y comunicación.

e) *Macrosistema*

En la tabla 6.7 se observa el análisis descriptivo de las variables del macrosistema, la puntuación mínima y máxima corresponde a 1 y 5 respectivamente con una media de 3, puntuaciones cercanas a 5 significa que poseen el atributo en cuestión.

Se encontró que los adolescentes no tienen tan arraigados los estereotipos de género, es decir no consideran que *el hombre sea superior a la mujer, o que el hombre deba tener múltiples parejas sexuales*. Sobre la influencia de los medios de comunicación sobre condones, prevención de VIH, entre otros, los adolescentes reportaron que no tuvieron tanta influencia de la televisión, internet y radio sobre estos temas antes de su ingreso a la Comunidad.

Tabla 6.7. Análisis descriptivo de las variables del macrosistema.

Variable	N	Puntuación min-máx.	Media	D.E.
Estereotipos de Género				
Ámbito interpersonal	320	1-5	2.55	1.27
Ámbito social	320	1-5	3.11	1.23
Medios de comunicación				
Televisión	302	1-5	3.40	1.63
Internet	302	1-5	3.07	1.32
Radio	302	1-5	2.32	1.22

En síntesis, los adolescentes reportaron que sus estereotipos de género no son tan arraigados y que no han tenido influencia de los diferentes medios de comunicación sobre condones o cómo prevenir el VIH.

f) Predictores de la consistencia del uso del condón

Se realizó un análisis de regresión para conocer cuáles son las variables que predicen la consistencia del uso del condón, esto debido por que en aquellos que ya han iniciado su vida sexual la estrategia para promover la salud sexual es a través de que usen en todas y cada una de sus relaciones sexuales condón; y en la medida que se conozca que lleva a estos adolescentes a usarlo de manera consistente permitirá identificar aquellas variables en las que se deba intervenir para promover el uso del condón.

El análisis de regresión que se utilizó fue por pasos, en un primer momento se correlacionaron las variables entre sí y sólo aquellas que mostraron una correlación significativa se sometieron a análisis, dado que existen variables orientadas hacia el uso del condón con pareja regular y orientadas al uso del condón con pareja ocasional, se utilizaron dos análisis para conocer qué predice la consistencia del uso del condón, en ambos casos.

f (a). Pareja regular

El primer análisis incluyó variables relacionadas con el uso del condón con pareja regular. La primera variable a predecir fue la consistencia del uso del condón, esta variable se correlacionó significativamente con la norma subjetiva sobre tener múltiples parejas sexuales ($r=-.119$, $p<.05$), norma subjetiva sobre uso de condón ($r=.163$, $p<.01$), autoeficacia para usarlo ($r=.173$, $p<.01$), intención para usarlo ($r=.228$, $p<.01$), estereotipos de género ($r=-.119$, $p<.05$), características de riesgo de amigos ($r=-.267$, $p<.01$) y el estilo de negociación colaboración equidad ($r=.300$, $p<.01$); cada una de estas variables se utilizaron como variables independientes en el análisis de regresión, aunque cabe resaltar que las correlaciones son bajas. Los resultados de dicho análisis se presentan en la tabla 6.8 donde se muestra que las variables que predijeron la consistencia en el uso

del condón son los estilos de negociación de colaboración-equidad, las características de riesgo de los amigos y la intención para usar condón, aquellos que son consistentes en el uso del condón tienen un estilo de negociación de colaboración-equidad y tienen la intención de usar condón en su próxima relación sexual, de igual forma aquellos adolescentes que tienen amigos con conductas de riesgo serán menos consistentes en el uso del condón.

Tabla 6.8. Predictores de la consistencia en el uso del condón.

Variables predictoras	R	R²	β	t	P
Estilo de negociación de Colaboración-equidad			.243	4.224	.001
Características de riesgo de los amigos	.396	.157	-.196	-3.413	.001
Intención para usar condón			.154	2.694	.05

Con las variables que resultaron predictores de la consistencia del uso del condón, el siguiente paso fue realizar un análisis de predicción para identificar en donde cada una de estas tres variables se utilizó como variable dependiente.

Respecto al estilo de negociación colaboración-equidad se encontró una correlación baja con conocimientos sobre VIH e ITS ($r=.169$, $p<.01$), conocimientos sobre uso del condón ($r=.151$, $p<.01$), creencias de seguridad y protección ($r=.177$, $p<.01$), norma subjetiva sobre tener múltiples parejas sexuales ($r=-.157$, $p<.01$), norma subjetiva para usar condón ($r=.223$, $p<.01$), comunicación de temas sexuales con padre ($r=.140$, $p<.01$), con madre ($r=.177$, $p<.01$) y con pareja ($r=.245$, $p<.01$), apoyo paterno ($r=.163$, $p<.01$), apoyo materno ($r=.170$, $p<.01$), supervisión paterna ($r=.125$, $p<.05$) y supervisión materna ($r=.160$, $p<.01$). De todas las variables que se relacionaron con el estilo de negociación colaboración-equidad, únicamente tres variables resultaron ser sus predictores (ver tabla 6.9).

Para que un adolescente tenga un estilo de negociación de colaboración-equidad va a depender de qué tanto hablen con su pareja sobre temas sexuales, qué tanto consideren que para sus amigos es importante usar condón en sus relaciones sexuales y que tengan creencias de seguridad y protección sobre el uso del condón.

Tabla 6.9. Predictores del estilo de negociación colaboración-equidad.

Variabes predictoras	R	R²	β	T	P
Comunicación sobre temas sexuales con pareja			.203	3.589	.001
Norma subjetiva para usar condón	.341	.116	.166	2.916	.005
Creencias de seguridad y protección			.149	2.645	.05

Las características de riesgo de los amigos correlacionaron con actitudes hacia el uso del condón ($r=-.144$, $p<.05$), norma subjetiva sobre múltiples parejas sexuales ($r=.261$, $p<.01$), autoestima ($r=-.159$, $p<.01$) comunicación sobre temas sexuales con padre ($r=-.208$, $p<.01$), madre ($r=-.253$, $p<.01$) y pareja ($r=-.266$, $p<.01$), estereotipos de género ($r=.254$, $p<.01$), apoyo paterno ($r=-.179$, $p<.01$) y materno ($r=-.231$, $p<.01$), supervisión paterna ($r=-.197$, $p<.01$) y materna ($r=-.247$, $p<.01$); todas estas variables se sometieron a un análisis de regresión y únicamente tres variables predicen las características de riesgo de los amigos (ver tabla 6.10).

Para que un adolescente reporte tener amigos con conductas de riesgo, dependerá de lo que piensen sus amigos acerca de tener múltiples parejas sexuales, y tener una visión estereotipada de hombres y mujeres y que tengan una actitud menos favorable para usar condón.

Tabla 6.10. Predictores de las características de riesgo de los amigos.

Variabes predictoras	R	R²	β	T	P
Norma subjetiva: múltiples parejas sexuales			.240	4.364	.001
Estereotipos de género	.378	.143	.217	3.933	.001
Actitudes hacia el uso del condón			-.140	-2.580	.01

En cuanto a la intención para usar condón, ésta correlacionó con autoeficacia para usar condón en relaciones sexuales ($r=.480$, $p<.01$), autoeficacia para usarlo en situaciones de riesgo ($r=.243$, $p<.01$), autoestima ($r=.123$, $p<.01$), apoyo materno ($r=.165$, $p<.01$), supervisión materna ($r=.155$, $p<.01$), e influencia de los medios de comunicación en televisión ($r=.178$, $p<.05$), internet ($r=.208$, $p<.01$) y radio ($r=.205$, $p<.01$). En la tabla 6.11 se muestra que de todas estas variables únicamente tres lograron asociarse con la intención para usar condón. Para que un adolescente tenga la intención de usar condón en su próxima relación sexual dependerá de qué tanta capacidad perciba de sí mismo para usar condón

en sus relaciones sexuales y en situaciones de riesgo, y también dependerá de la influencia recibida de internet sobre aspectos sexuales.

Tabla 6.11. Predictores de la intención para usar condón.

Variables predictoras	R	R²	β	T	P
Autoeficacia para usar condón			.413	6.596	.001
Autoeficacia uso del condón en situaciones de riesgo	.524	.274	.179	2.864	.005
Influencia de internet sobre aspectos sexuales			.175	2.822	.005

En un tercer momento, aquellas variables que resultaron estar asociadas, se utilizaron como variable dependiente y se realizó un análisis de predicción de aquellas variables que correlacionaron significativamente.

La comunicación sobre temas sexuales correlacionó con conocimientos sobre VIH/SIDA ($r=.254$, $p<.01$), conocimientos sobre el uso del condón ($r=.214$, $p<.01$), autoestima ($r=.142$, $p<.01$), comunicación sobre temas sexuales con padre ($r=.417$, $p<.01$) y con madre ($r=.501$, $p<.01$), apoyo paterno ($r=.255$, $p<.01$) y materno ($r=.249$, $p<.01$), supervisión paterna ($r=.232$, $p<.01$) y materna ($r=.247$, $p<.01$). De todas estas variables únicamente tres predijeron la comunicación sobre temas sexuales con la pareja (ver tabla 6.12); para que una persona se comunique con su pareja sobre temas sexuales dependerá de qué tanto se comunique con su padre y madre y de la información que posea sobre VIH/SIDA.

Tabla 6.12. Predictores de la comunicación sobre temas sexuales con la pareja.

Variables predictoras	R	R²	β	t	P
Comunicación sobre temas sexuales con madre			.299	4.184	.001
Comunicación sobre temas sexuales con padre	.563	.317	.258	3.662	.001
Conocimientos sobre VIH e ITS			.106	2.067	.05

Las creencias de seguridad y protección correlacionaron con los conocimientos del uso del condón ($r=.141$, $p<.05$) y autoestima ($r=.188$, $p<.01$); ambas variables resultaron ser predictores de las creencias (ver tabla 6.13). una persona que crea que el condón es seguro y lo protege dependerá de si tienen una buena autoestima y sobre la información que poseen sobre el uso del condón.

Tabla 6.13. Predictores de las creencias de seguridad y protección.

Variables predictoras	R	R²	β	T	P
Autoestima factor total	.219	.048	.170	3.063	.005
Conocimientos sobre uso del condón			.114	2.052	.05

La influencia de internet sobre temas sexuales correlacionó con apoyo paterno ($r=.234$, $p<.01$) y materno ($r=.214$, $p<.01$), supervisión paterna ($r=.243$, $p<.01$) y materna ($r=.250$, $p<.01$) e influencia de televisión ($r=.543$, $p<.01$) y radio ($r=.513$, $p<.01$). En la tabla 6.14 se muestra que las variables que predijeron la influencia de internet sobre temas sexuales es la influencia de televisión y radio, esto significa que la influencia que reciben de internet dependerá de lo que ven en televisión y escuchan en la radio.

Tabla 6.14. Predictores de la influencia de internet sobre temas sexuales.

Variables predictoras	R	R²	β	T	P
Influencia de televisión sobre aspectos sexuales	.615	.379	.387	6.081	.001
Influencia de radio sobre aspectos sexuales			.329	5.173	.001

La comunicación sobre temas sexuales con madre correlacionó con la comunicación con padre ($r=.692$, $p<.01$), apoyo materno ($r=.370$, $p<.01$) y supervisión materna ($r=.367$, $p<.01$), de estas variables el único predictor de la comunicación con madre fue el apoyo materno; es decir la comunicación con la madre dependerá de qué tanto apoyo perciban de su madre

Tabla 6.15. Predictores de la comunicación sobre temas sexuales con la madre.

Variables predictoras	R	R²	β	T	P
Apoyo materno	.370	.137	.370	6.991	.001

La comunicación sobre temas sexuales con padre, correlacionó con apoyo paterno ($r=.584$, $p<.01$) y supervisión paterna ($r=.575$, $p<.01$), únicamente el apoyo paterno fue predictor de la comunicación con el padre (ver tabla 6.16); es decir la comunicación con el padre dependerá del apoyo paterno.

Tabla 6.16. Predictores de la comunicación sobre temas sexuales con el padre.

Variables predictoras	R	R²	β	t	P
Apoyo paterno	.584	.341	.584	12.544	.001

El apoyo materno correlacionó con supervisión materna ($r=.954$, $p<.01$) y supervisión paterna ($r=.453$, $p<.01$), siendo el predictor del apoyo materno la supervisión materna (ver tabla 6.17), es decir, para que perciban el apoyo materno dependerá de qué tanta supervisión de su madre perciban.

Tabla 6.17. Predictores del apoyo materno.

Variables predictoras	R	R²	β	T	p
Supervisión materna	.954	.910	.954	56.145	.001

Finalmente el apoyo paterno correlacionó con la supervisión paterna y de igual forma la supervisión resultó ser un predictor del apoyo paterno (ver tabla 6.18), es decir para que perciban el apoyo paterno dependerá de qué tanta supervisión de su padre perciban.

Tabla 6.18. Predictores del apoyo paterno.

Variables predictoras	R	R²	β	t	p
Supervisión paterna	.948	.899	.948	52.131	.001

Para tener una representación gráfica de los factores que predicen la consistencia del uso del condón en la figura 6.18 se presenta una propuesta de cómo podría representarse los resultados del análisis de regresión.

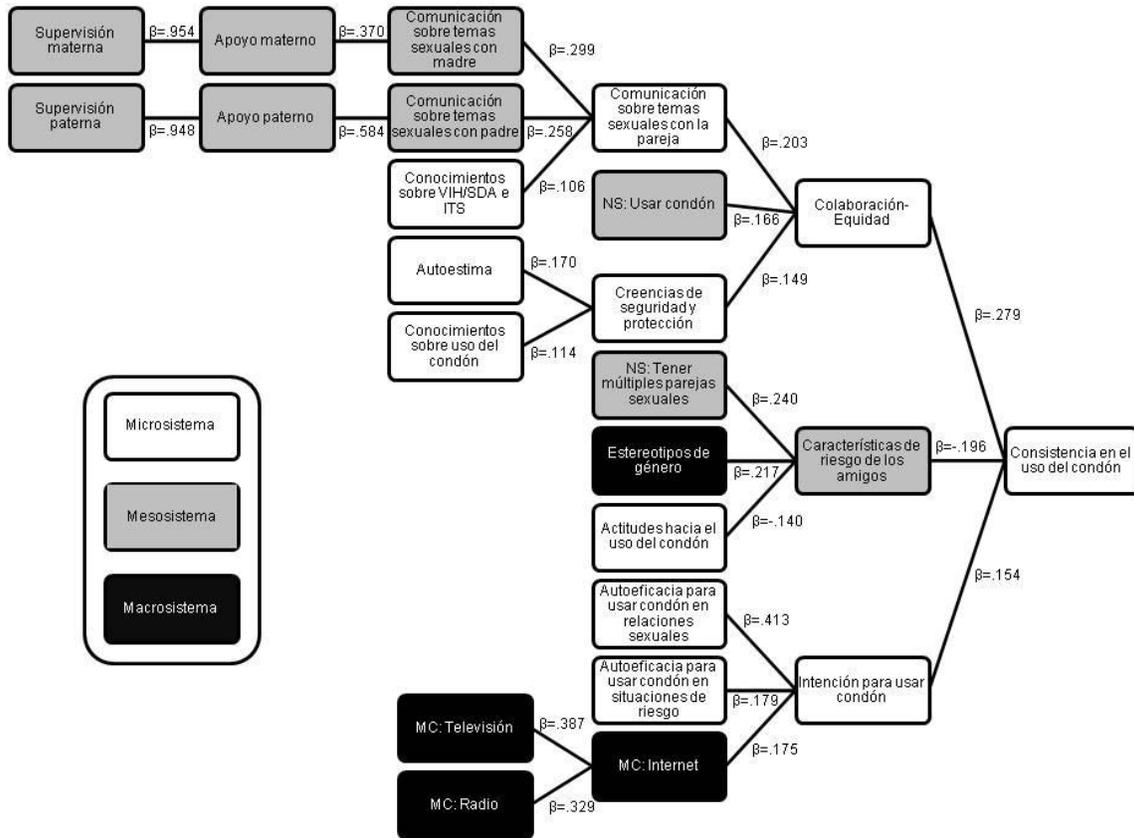


Figura 6.18. Propuesta del modelo de predicción de la consistencia del uso del condón en una muestra de jóvenes en conflicto con la ley con pareja regular.

Cabe resaltar que en este modelo no están representadas las variables norma subjetiva sobre tener relaciones sexuales, creencias negativas y el estilo de negociación de contender, dado que no estuvieron asociadas de manera estadísticamente significativa con ninguna variable del modelo. Las variables de apoyo y supervisión pueden fusionarse en una sola variable.

Los aspectos centrales de este modelo son, para que un adolescente use de manera consistente el condón con pareja regular dependerá de que trate de llegar a un acuerdo con su pareja para protegerse sexualmente (colaboración-equidad), que sus amigos no tengan conductas de riesgo y que tenga la intención de querer usarlo en su próxima relación sexual, cumpliéndose estas tres condiciones es más probable que los adolescentes usen consistentemente el condón.

f (b). Pareja ocasional

El análisis realizado incluyó las variables relacionadas con el uso del condón con pareja ocasional. El primer paso fue correlacionar las variables entre sí y aquellas que se relacionaron significativamente con la consistencia del uso del condón se sometieron a un análisis de regresión.

Las variables que tuvieron una correlación significativa aunque baja con la consistencia del uso del condón son la norma subjetiva sobre tener múltiples parejas sexuales ($r=-.119$, $p<.05$), la norma subjetiva sobre usar condón ($r=.126$, $p<.05$), la autoeficacia para usar condón ($r=.141$, $p<.05$), los estereotipos de género ($r=-.119$, $p<.05$), las conductas de riesgo de los amigos ($r=-.267$, $p<.01$) y el estilo de negociación colaboración-equidad ($r=.300$, $p<.01$). En la tabla 6.19 se incluyen las dos variables que predijeron la consistencia del uso del condón, tener un estilo de negociación de colaboración-equidad y tener amigos que no tengan conductas de riesgo.

Tabla 6.19. Predictores de la consistencia del uso del condón.

Variables predictoras	R	R²	β	t	p
Estilo de negociación de colaboración-equidad	.364	.132	.262	4.540	.001
Características de riesgo de los amigos			-.212	-3.675	.001

En un segundo momento, aquellas variables que fueron predictores de la consistencia se utilizaron como variables dependientes para conocer sus variables predictoras.

El estilo de negociación de colaboración-equidad correlacionó significativamente con los conocimientos sobre VIH/SIDA ($r=.169$, $p<.01$), conocimientos sobre el uso del condón ($r=.151$, $p<.01$), creencias de seguridad y protección ($r=.113$, $p<.05$), actitudes hacia el uso del condón ($r=.221$, $p<.01$), norma subjetiva sobre tener múltiples parejas sexuales ($r=-.157$, $p<.01$), norma subjetiva sobre el uso del condón ($r=.199$, $p<.01$), autoeficacia para usarlo ($r=.140$, $p<.05$), intención para usar el condón ($r=.155$, $p<.01$) y la comunicación sobre temas sexuales con padre ($r=.140$, $p<.05$), madre ($r=.177$, $p<.01$) y pareja ($r=.245$, $p<.01$). En la tabla 6.20 se observa las variables que fueron predictoras del estilo de negociación colaboración-equidad y que fueron la norma subjetiva sobre el uso

del condón, mayor frecuencia en la comunicación sobre temas sexuales con la pareja y actitudes favorables hacia el uso del condón.

Tabla 6.20. Predictores del estilo de negociación de colaboración-equidad.

Variabes predictoras	R	R²	β	t	P
Norma subjetiva sobre usar condón			.188	3.076	.005
Comunicación sobre temas sexuales con pareja	.347	.121	.171	2.826	.005
Actitudes hacia el uso del condón			.142	2.401	.05

Las conductas de riesgo de los amigos, correlacionaron con la norma subjetiva sobre tener múltiples parejas sexuales ($r=.261$, $p<.01$), autoeficacia para usar condón ($r=-.167$, $p<.01$), intención para usarlo ($r=-.192$, $p<.01$), autoestima ($r=-.159$, $p<.01$), comunicación sobre temas sexuales con madre ($r=-.253$, $p<.01$) y padre ($r=-.208$, $p<.01$), y estereotipos de género ($r=.254$, $p<.01$). Las variables que predicen las características de riesgo, se presentan en la tabla 6.21; y son, percibir que los amigos piensen que debería de tener muchas parejas sexuales, que tengan una visión estereotipada de hombres y mujeres y baja autoestima, será más probable que los adolescentes tengan amigos en situaciones de riesgo.

Tabla 6.21. Predictores de las características de riesgo de los amigos.

Variabes predictoras	R	R²	β	t	p
Norma subjetiva: múltiples parejas sexuales			.248	4.487	.001
Estereotipos de género	.343	.118	.153	2.739	.05
Autoestima			-.131	-2.367	.05

La comunicación sobre temas sexuales con la pareja, correlacionó con los conocimientos acerca del VIH/SIDA ($r=.254$, $p<.01$), conocimientos sobre el uso del condón ($r=.214$, $p<.01$), creencias de seguridad y protección ($r=.158$, $p<.01$), autoeficacia para usarlo en relaciones sexuales ($r=.266$, $p<.01$), autoeficacia para usarlo en situaciones de riesgo ($r=.217$, $p<.01$), comunicación con padre ($r=.471$, $p<.01$) y madre ($r=.501$, $p<.01$). Los predictores de la comunicación con la pareja fueron la comunicación sobre temas sexuales que establecen con los padres y sentirse autoeficaces para usar el condón en situaciones de riesgo (ver tabla 6.22).

Tabla 6.22. Predictores de la comunicación sobre temas sexuales con la pareja.

Variables predictoras	R	R²	β	t	p
Comunicación sobre temas sexuales con madre			.298	4.393	.001
Comunicación sobre temas sexuales con padre			.243	3.635	.001
Autoeficacia uso del condón en situaciones de riesgo	.567	.322	.113	2.269	.05
Autoeficacia para usar condón			.102	1.989	.05

Las actitudes hacia el uso del condón se correlacionaron con los conocimientos sobre VIH/SIDA ($r=.157$, $p<.01$), los conocimientos sobre uso del condón ($r=.188$, $p<.01$), creencias de seguridad y protección ($r=.252$, $p<.01$) y con la intención para usarlo en su próxima relación sexual ($r=.208$, $p<.01$). Las variables que predijeron las actitudes se muestran en la tabla 6.23, en donde se muestra que tener creencias de seguridad y protección, tener la intención de querer usarlo en el próximo encuentro sexual y tener conocimientos sobre el uso del condón predice que los adolescentes tengan una actitud favorable para usarlo.

Tabla 6.23. Predictores de las actitudes hacia el uso del condón.

Variables predictoras	R	R²	β	t	p
Creencias de seguridad y protección			.206	3.625	.001
Intención para usar condón	.330	.109	.159	2.813	.005
Conocimientos sobre uso del condón			.129	2.268	.05

Las creencias de seguridad y protección se relacionaron con los conocimientos sobre VIH e ITS ($r=.230$, $p<.01$) y resultaron ser un predictor de las creencias de seguridad y protección (ver tabla 6.24), es decir, que un adolescente crea que el condón lo protege depende de la información que posea sobre transmisión, prevención y síntomas del VIH.

Tabla 6.24. Predictores de las creencias de seguridad y protección.

Variables predictoras	R	R²	β	t	p
Conocimientos sobre VIH e ITS	.230	.053	.230	4.198	.001

Respecto a las variables de comunicación sobre temas sexuales, apoyo y supervisión, se encontraron los mismos resultados en el apartado anterior respecto a las variables predictoras, el apoyo predice la comunicación y la supervisión predice el apoyo; esto es debido a que en estas variables no se distingue entre pareja regular u ocasional. De igual forma que en el apartado

anterior se presenta una propuesta de modelo de cómo podría representarse los resultados del análisis de regresión presentados en esta sección (ver figura 6.19).

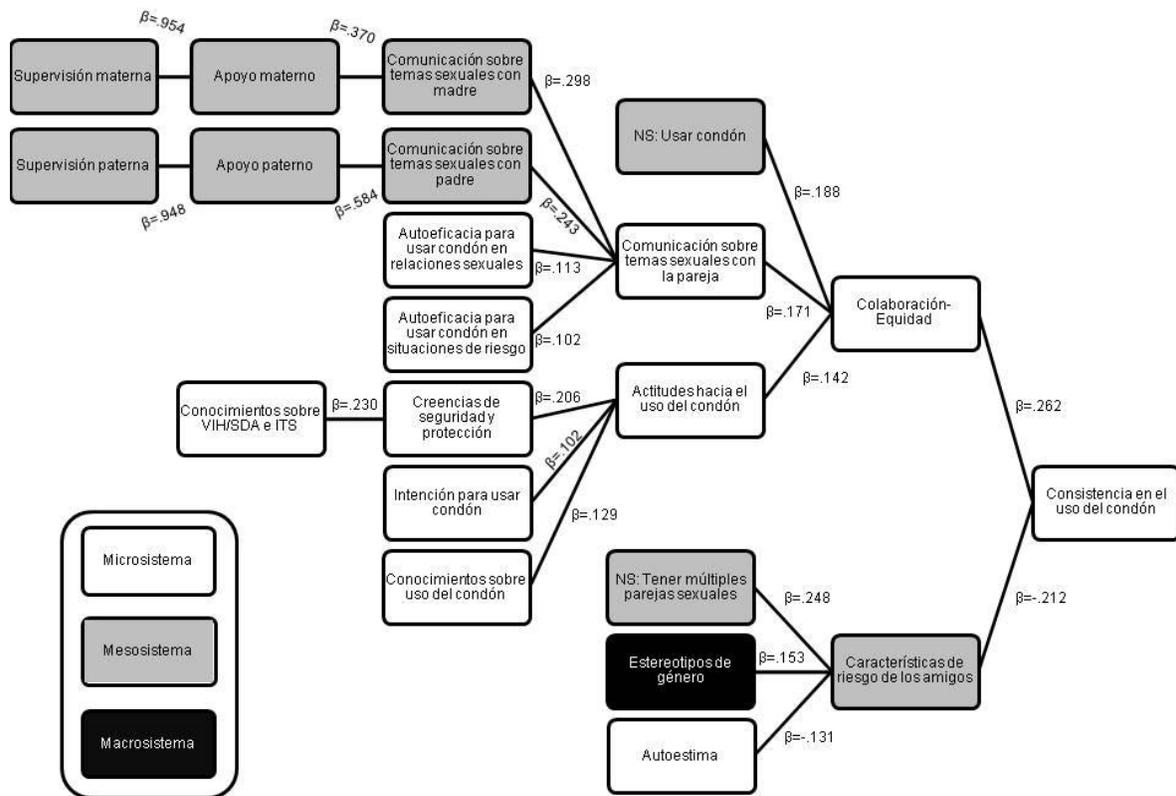


Figura 6.19. Propuesta del modelo de predicción de la consistencia del uso del condón en una muestra de jóvenes en conflicto con la ley con pareja ocasional.

En este modelo no están representadas las variables norma subjetiva sobre tener relaciones sexuales, creencias negativas, el estilo de negociación de contender, ni alguna relacionada con la influencia de los medios de comunicación, dado que no se observaron correlaciones significativas con las variables del modelo. Las variables de apoyo y supervisión pueden fusionarse en una sola variable. Los aspectos centrales de este modelo son, para que un adolescente use de manera consistente el condón con pareja ocasional dependerá de que trate de llegar a un acuerdo con su pareja para protegerse sexualmente (colaboración-equidad) y que sus amigos no tengan conductas de riesgo, cumpliéndose estas tres condiciones es más probable que los adolescentes usen consistentemente el condón.

6.5 Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo identificar, en una muestra de adolescentes en conflicto con la ley, su perfil de riesgo sexual con base en el Modelo ecológico de Bronfenbrenner. A continuación se discuten los resultados obtenidos en cada una de las variables evaluadas de acuerdo a los niveles del modelo.

a) *Patrón de conducta sexual*

Las variables evaluadas como patrón de conducta sexual hacen referencia a un conjunto de comportamientos vinculados con la primera y subsecuentes relaciones sexuales. En el primer caso se evaluó la proporción de jóvenes que han tenido relaciones sexuales, la edad de su primera relación sexual, lugar de la primera relación y método anticonceptivo utilizado; en el segundo caso, relaciones sexuales subsecuentes, uso de condón, tipo de prácticas sexuales. Todas estas variables nos permiten conocer el perfil del comportamiento sexual de los participantes que podría poner en riesgo su salud.

En relación con el debut sexual, en este estudio, se encontró que estos adolescentes inician en promedio a los 13 años su primera relación sexual, a diferencia de adolescentes en otros contextos como el escolar que inician a los 14 años (Moreno et al, 2008; Robles, Frías, Moreno, Rodríguez & Barroso, 2011) o incluso los adolescentes en su mayoría reportan que no han tenido relaciones sexuales (Robles et al., 2010). Los adolescentes en conflicto con la ley pareciera que se caracterizan por presentar múltiples conductas de riesgo que los pone en una situación de vulnerabilidad (Herrera et al., 2013; Salazar-Estrada et al., 2011).

También en esta primera relación sexual, se encontró que quienes planean su primera relación sexual son aquellos que reportaron usar el condón en ese primer encuentro, estos datos son consistentes con diversas investigaciones (Enríquez & Sánchez, 2004; Pérez & Pick, 2006), esto es importante dado que un aspecto fundamental para que se use condón es planear los encuentros sexuales;

por lo que para población que aún no tiene vida sexual es necesario intervenir para promover la planeación; y en aquellos que ya iniciaron su vida sexual que comiencen a identificar bajo qué condiciones tienen relaciones sexuales y que vayan previniendo la situación y que tengan acceso a condones antes de su encuentro.

Respecto a las relaciones sexual subsecuentes se encontró que más del 60% no usa el condón de manera consistente; es decir, usarlo en todas y cada una de sus relaciones sexuales; esto se torna importante dado que cerca del 27% de los adolescentes reportó algún problema de salud sexual, por ejemplo que su pareja tuviera algún embarazo no planeado o un aborto, o que ellos adquirieron alguna ITS. Aproximadamente tres de cada diez adolescentes ha tenido algún tipo de dificultad por no usar condón en sus relaciones sexuales.

Cabe mencionar que ninguno de los adolescentes mencionó tener VIH; sin embargo, más del 90% nunca se han hecho la prueba para detectar el virus; situación alarmante dado que por sus conductas de riesgo sexual son susceptibles de adquirir el virus, motivo por el cual es necesario que la institución aplique pruebas de detección del virus y que se busquen los mecanismos para atender a las personas VIH positivos (Adoga et al., 2009; Nelwan et al., 2010); aunque cabe mencionar que no siempre se cuenta con el financiamiento para conseguir las pruebas, pero es necesario buscar los medios necesarios para conocer el estado inmunológico de los adolescentes.

Los jóvenes evaluados también reportaron practicar diferentes tipos de relaciones sexuales, vaginal, anal y oral, esta situación los pone en una situación de riesgo ya que en función del tipo de práctica es el riesgo que tienen de infectarse, por ejemplo, es más riesgoso tener relaciones anales que vaginales, a su vez, es más el riesgo de sexo vaginal que de sexo oral; aunado a ello, los adolescentes reportaron que el uso del condón es casi nulo en relaciones anales; que tienen múltiples parejas sexuales, lo que pone a los adolescentes en un perfil de riesgo sexual. No usar condón en prácticas anales y orales es asociado a que se ve como un método anticonceptivo y no como un método de protección de VIH

(Enríquez & Sánchez, 2004), motivo por el cual podría ser que estos adolescentes no usen condón en esas prácticas.

Adicionalmente, se preguntó sobre su actividad sexual dentro de la institución; un porcentaje bajo de adolescentes reportaron tenerla (6.6%), cabe mencionar que seis de ellos mencionaron que habían tenido sexo anal; lo cual los pone en riesgo de contraer alguna infección dado que no cuentan con acceso a condones, lo que hace suponer que tienen sexo no protegido; lo cual es asociado con mayor índice de infección (Gough & Edwards, 2009).

Otro aspecto evaluado, relacionado con la conducta sexual, es a través de qué hacen los adolescentes cuando están bajo los efectos del alcohol y drogas al tener relaciones sexuales; esto fue importante evaluar dadas las múltiples conductas de riesgo en las que se encuentran este tipo de adolescentes, ya que se ha encontrado que cuando se tiene relaciones sexuales bajo sus efectos es más probable que no usen condón (Rasmussen-Cruz et al., 2003; Schwartz, Mason, Pantin, & Szapocznik, 2008). En la muestra evaluada se encontró que cerca del 70% ha consumido alcohol y cerca del 50% drogas; de éstos, más del 60% reportó haber consumido alcohol y más del 50% consumió drogas cuando tuvieron relaciones sexuales; pero destaca que más del 98% no usó condón bajo sus efectos, esto indica que en esta población en particular estar bajo los efectos del alcohol y drogas es un favor que probablemente funcione como inhibidor de conductas preventivas. Los adolescentes que están bajo la influencia de alcohol y drogas están desinhibidos y probablemente por ello sólo piensan en el momento sin considerar las consecuencias, dejándose llevar por la pasión del instante (Sánchez, Jiménez, & Martínez, 2013). Cabe resaltar que cerca del 13% de los adolescentes reportó usar drogas inyectables, lo que aumenta el riesgo de infección si es que no tuvieron cuidado con el uso del material para hacerlo.

Dados los resultados obtenidos, los adolescentes presentan múltiples conductas de riesgo sexual, por lo que los esfuerzos deben estar dirigidos a conocer que lleva a los adolescentes a tener una conducta sexual de riesgo, identificar qué hace que estos comportamientos ocurran, y a partir de ello generar estrategias de intervención para promover la salud sexual en estos adolescentes

b) Microsistema

En este nivel, las variables evaluadas fueron conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS y sobre el uso del condón, respecto a las variables psicosociales, se considero el tipo de pareja sexual (estable y ocasional) sobre las creencias, actitudes, intenciones y autoeficacia para usar el condón, adicionalmente se evaluó la autoestima la comunicación sexual con la pareja y los estilos de negociación del uso del condón.

Se encontró que los adolescentes tienen bajos niveles de conocimientos sobre la prevención, transmisión y sintomatología del VIH/SIDA y sobre el uso correcto del condón, si bien es cierto que los conocimientos por sí mismos no producen cambios en las conductas de riesgo, sí son necesarios para que los adolescentes desarrollen habilidades conductuales que promuevan que ellos se protejan. Resultados similares se han encontrado con esta población (Koulierakis et al., 2003; Oliveira et al., 2012), y con adolescentes que no están en conflicto con la ley (Robles et al, 2011; Robles & Díaz-Loving, 2007). Cabe mencionar que en el caso particular de la muestra evaluada la mayoría tenía estudios de secundaria y esto podría ser un factor que explique el nivel tan bajo que tienen en conocimientos, ya que se ha visto que entre más alto es el nivel educativo es más probable que tengan más conocimientos sobre la prevención del VIH (Enríquez & Sánchez, 2004).

Usar condón en las relaciones sexuales no sólo depende del conocimiento adquirido, sino también del tipo de pareja sexual que se tenga, ya que es más probable que dejen de cuidarse con alguien que conocen, que con alguien desconocido; la explicación que se da de esta situación es que la confianza con la pareja es un factor que impacta en el uso del condón (Piña & Rivera, 2009; Robles & Díaz-Loving, 2007). Para los adolescentes su novia o alguien que conocen la consideran su pareja estable, aunque la duración del noviazgo sea corta, lo cual sugiere que aunque conozcan a la persona y confíen en ella, no necesariamente ello implique que no están en riesgo sexual (Díaz-Loving & Robles, 2009).

Tomando esto en consideración en la presente investigación, se evaluaron diferentes variables en función del tipo de pareja sexual (regular/ocasional).

Respecto del uso del condón con pareja regular, los adolescentes en promedio creen que usar condón con su pareja estable los protege de una infección pero no consideran que sea placentero usarlo, ni tampoco se sienten con la capacidad de poder usarlo cuando han bebido alcohol y drogas (Moreno et al., 2008). En comparación con los datos obtenidos con pareja ocasional, ligeramente los adolescentes tienen creencias más favorables para usar el condón, se sienten más autoeficaces, y tienen mayor intención de querer usarlo; estos resultados muestran que probablemente para ellos la pareja ocasional es alguien que no conocen y por lo tanto podrían estar en mayor riesgo de contraer una infección (Mehrotra, Noar, Zimmerman, & Palmgreen, 2009). Estos resultados muestran la importancia de reconocer las diferencia entre la pareja regular y ocasional, dado que los adolescentes perciben mayor riesgo con pareja ocasional, que con pareja regular.

Cabe mencionar que para los adolescentes tener una pareja estable, es alguien con quien consideran que no hay riesgo; sin embargo, como lo menciona Robles y Díaz-Loving, (2007) es necesario identificar el tipo de pareja, cómo se comportan con cada una e incluso conocer qué entienden los adolescentes por pareja estable u ocasional ya que al ser muy jóvenes constantemente tienen nuevas parejas, lo que hace cuestionar, qué es una pareja estable en edades tempranas.

Por otro lado, también en el microsistema se evaluó la percepción que los adolescentes tienen de sí mismo en términos de la autoestima, para conocer su relación con la conducta sexual. Al respecto se encontró que en promedio los adolescentes se encuentran en un nivel moderado, de acuerdo a la clasificación de Rosemberg (Vazquez et al., 2004), esto significa que tienen una buena autoestima. Este constructo de autoestima no se relacionó directamente con el uso del condón; es decir que independientemente de cómo se perciban la frecuencia del uso del condón, está afectada por otros factores. Díaz (2010) mostró que aquellos adolescentes con una autoestima alta fueron los que tuvieron menos conductas de riesgo, como lo es el no usar condón. En este estudio se espera que ocurriera una relación entre autoestima y conducta protegida, sin

embargo no fue así esto podría deberse a que los adolescentes no tuvieron la puntuación máxima en la escala de autoestima; sin embargo valdría la pena analizar sobre qué otras conductas de riesgo se asocia esta variable, como por ejemplo, consumo de drogas, conducta delictiva, entre otras. Con base en lo anterior se sugiere desarrollar investigación encaminada a identificar con qué conductas de riesgo se asocia la autoestima en esta población.

Finalmente, dentro de las variables del microsistema también se evaluó la comunicación con su pareja sobre diferentes temas sexuales y los estilos que ellos utilizan para negociar el uso del condón. Se encontró que los adolescentes hablan poco con su pareja sobre temas del cuidado de la salud sexual, pero cuando negocian con ella usar el condón, utilizan un estilo de colaboración-equidad, es decir, tratan de llegar a un acuerdo con su pareja para usarlo (Robles et al., 2011). Sobre este punto es necesario que los adolescentes hablen más con su pareja sobre temas sexuales dado que se ha demostrado que cuando lo hacen es más probable que usen el condón en sus relaciones sexuales (Robles et al., 2006; Wang et al., 2007).

De acuerdo con Ehon (2008), se tiene que ayudar a los jóvenes a desarrollar relaciones interpersonales y dotarlos de habilidades de comunicación asertiva, de toma de decisiones y aceptar la responsabilidad de su propia conducta, para que ellos se atrevan a hablar asertivamente con su pareja y puedan negociar adecuadamente el uso de condón.

A manera de conclusión, los adolescentes en conflicto con la ley que participaron en este estudio tienen bajos niveles de conocimiento sobre la prevención, transmisión y síntomas del VIH/SIDA, perciben los beneficios y ventajas de usar el condón con la pareja ocasional, que con la pareja regular, tienen una buena autoestima moderada y se comunican poco con su pareja sobre diferentes temas sexuales. A diferencia de adolescentes en otros contextos, se encuentran comportamientos similares, sin embargo, es mayor el porcentaje de los adolescentes en conflicto con la ley que tienen menos conocimientos y menos comunicación sexual con la pareja.

c) Mesosistema

Las variables que conforman el mesosistema en este estudio fueron la estructura familiar (características socio demográficas de sus padres y de la presencia de problemas de salud sexual por parte de sus hermanos), percepción que tienen los adolescentes sobre el apoyo y supervisión de sus padres y la comunicación que tienen con ellos sobre el cuidado de la salud sexual, así como la influencia del grupo de pares.

Con respecto de la estructura familiar de los participantes se encontró que el 60% de los padres viven separados, que tienen un nivel educativo bajo, la mayoría se encuentra en primaria y secundaria, y la mayoría trabaja. Estas condiciones podrían propiciar que los adolescentes anden fuera del hogar dado que es una característica que se ha asociado con esta población (Herrera et al., 2013; Salazar-Estrada et al., 2011).

En cuanto al apoyo y supervisión de los padres, se encontró que los adolescentes perciben poco el apoyo y supervisión por parte de su padre, mientras que con la madre sucede lo contrario, ellos perciben más el apoyo y supervisión de ella. Estos resultados ponen de manifiesto que las madres están más al pendiente de sus hijos (Sánchez et al., 2011), lo cual es congruente con la cultura mexicana, en donde la madre juega un papel muy importante y difícilmente se hace una evaluación negativa de ella. Este dato haría suponer que entre más perciban los adolescentes el apoyo y supervisión de su madre, mayor comportamientos preventivos tendrán (Baptiste et al., 2007; DiClemente, Wingood, Crosby, Sionean et al., 2001).

Sin embargo, en este estudio los adolescentes presentaron altas conductas de riesgo, a pesar de los altos niveles de apoyo y supervisión percibida de su madre, como tener múltiples parejas sexuales y no usar condón en sus relaciones sexuales. Este hecho llama la atención porque a pesar de percibir un gran apoyo y supervisión de sus padres, ellos han cometido un delito que los pone en una situación de conflicto con la ley, lo cual difiere totalmente de lo que se ha reportado en otros lugares sobre la relación entre una falta de apoyo y supervisión

parental y conductas delictivas (Cabrera, González & Guevara, 2012; Caldwell, Beutler, Ross, & Silver, 2006; Hove et al., 2009).

Respecto de la comunicación con padres sobre diferentes temas sexuales, también se ha visto que este comportamiento se ha asociado con conductas sexuales preventivas (Hutchinson, 2002; Mathew, Shugaba, & Ogala, 2006). En este estudio se encontró que los adolescentes hablan poco con sus padres y casi nada con sus madres. Este hallazgo apoya lo reportado por Andrade, Betancourt, y Palacios, (2006) quienes encontraron que los hombres se comunican más con padres que con madres; es necesario incluir a ambos padres en los programas de intervención (Nagamatsu et al., 2008); cómo se ha observado al menos en la muestra evaluada, la madre tiene mayor peso sobre el apoyo y supervisión, y el padre sobre la comunicación. Cabe resaltar que a pesar de que la frecuencia de la comunicación es mayor con el padre, que con la madre, de todas formas están en riesgo porque su comunicación es muy esporádica. Este hallazgo sugiere fortalecer la comunicación entre padres e hijos para promover conductas sexuales saludables (Sánchez, 2008).

El último elemento que se evaluó en el mesosistema, tiene que ver con la influencia del grupo de pares; es decir la norma subjetiva (lo que los adolescentes piensan de sus amigos sobre tener relaciones sexuales, múltiples parejas y sobre usar condón) y las conductas de riesgo de sus amigos. De manera general se encontró que los adolescentes perciben que para sus amigos les es importante que tengan relaciones sexuales y que tengan múltiples parejas sexuales, lo cual está asociado con conductas de riesgo; sin embargo, también se encontró que consideran que sus amigos piensan que ellos deberían usar condón en sus relaciones sexuales; esta forma de pensar está asociada con una conducta de prevención (Vargas et al., 2006; Vargas, Henao, & González, 2007). Por el contrario, a pesar de que perciben que para sus amigos es importante que usen condón, su conducta sexual pone en evidencia, que no lo usan. Pareciera ser que para estos adolescentes tiene mayor peso la percepción que orienta hacia una conducta de riesgo; probablemente porque culturalmente se favorece que el hombre tenga múltiples parejas sexuales y entre más parejas tenga se percibe

como más hombre (Padilla & Díaz-Loving, 2013; Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005).

Respecto de la conducta de riesgo de su grupo de pares se encontró que a pesar de los amigos de los adolescentes presentan pocas conductas de riesgo, éstas se correlacionaron negativamente con la consistencia del uso del condón de los participantes. Este hallazgo indica que los amigos si están influyendo negativamente en la conducta de protección de los adolescentes, tal y como lo menciona Gaxiola et al (2011), ya que a mayor conductas de riesgo de los amigos, mayor riesgo presenta el adolescente.

A modo de conclusión, respecto de las variables del mesosistema, se encontró que los adolescentes al igual en otras muestras similares, tienen a sus padres separados, los padres tienen bajos niveles de estudios, trabajan varias horas (Herrera et al., 2013; Salazar-Estrada et al., 2011); pero también se encontró que si perciben buen apoyo y supervisión de los padres, lo cual podría ser incongruente con otras investigaciones; e incluso, se encontró que se comunican poco con sus padres, lo cual también es incongruente. Es por ello que en el siguiente apartado se discute si efectivamente estas características de los padres se relaciona con el apoyo, supervisión y comunicación.

d) Exosistema

Este nivel se centra en aquellos factores sociales que afectan la comunicación, apoyo y supervisión de los padres hacia sus hijos. Los factores sociales que se evaluaron en este estudio fueron si los padres y madres trabajan, el tiempo que dedican al trabajo, y su nivel de estudios.

Respecto de las madres que trabajan, se encontró que ellas no se comunican con sus hijos, esto probablemente se deba al tiempo que invierten en el trabajo que dificulta que cuando regresen a casa puedan hablar, debido a que se dedican a otras actividades del hogar (doble jornada); en el caso particular de la muestra evaluada, surge la necesidad de trabajar con los padres para crear cierta conexión entre padres e hijos (Miller, 2002); y que independientemente del número de horas que laboren al día, puedan comunicarse con sus hijos sobre

diferentes aspectos; esto puede favorecer no sólo en la comunicación, sino la percepción que tienen sobre la supervisión parental.

El nivel de escolaridad de los padres no se relacionó con ninguna de las variables de apoyo, supervisión y comunicación. Algunas investigaciones han demostrado que el nivel de estudios de los padres se asocia con la comunicación que establecen con sus hijos (Diclemente, Wingood, Crosby, Cobb et al., 2001; Vukovic & Bjegovic, 2007); no haber encontrado una asociación entre estas variables puede deberse a que la mayoría de los padres tienen como nivel máximo de estudios primaria y secundaria.

En este sentido, no es posible cambiar el trabajo de los padres, ni las horas que están fuera del hogar, tampoco se puede cambiar su escolaridad; sin embargo, valdría la pena generar estrategias para que los padres el poco tiempo que pasan con sus hijos sea de calidad, y dotarlos de habilidades para que puedan comunicarse con sus hijos.

e) Macrosistema

En este sistema se consideró el análisis de los estereotipos de género y de la influencia de los medios de comunicación. En el primer caso se encontró que los adolescentes no tienen una visión estereotipada de lo que es un hombre y una mujer en el ámbito social, ni en el ámbito interpersonal (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005; Venanzonzo, 2005). En diversas investigaciones se ha encontrado cómo los estereotipos de género se relacionan con la conducta sexual, como por ejemplo, no usar condón (Ayoola et al., 2007). Este aspecto es importante tomarlo en consideración ya que a pesar de que los adolescentes no tienen estereotipos sobre lo que es un hombre y una mujer, su comportamiento sexual sí indica que están en riesgo de infección por no usar condón en sus relaciones sexuales y tener múltiples parejas sexuales (Keijzer, 2007).

Cabe mencionar que en la presente investigación los estereotipos de género, se retomaron de la propuesta de Rocha-Sánchez y Díaz-Loving (2005) que los definen como las creencias relacionadas con el papel que hombres y

mujeres juegan dentro de una sociedad, de la propuesta de estos autores se retoman aquellos estereotipos relacionados con el ámbito social y con el ámbito interpersonal pero a partir de un contexto general. Valdría la pena a partir de las premisas histórico-socioculturales (Díaz-Guerrero, 1994, 2007) construir o adaptar un instrumento que evalúe estereotipos, pero en el terreno sexual exclusivamente; es necesario para futuras investigaciones la delimitación de estos estereotipos exclusivamente sobre la conducta sexual; que pudieran dar indicadores de cómo esas creencias pueden estar influyendo sobre su conducta sexual.

En relación con la influencia de los medios de comunicación se obtuvo información sobre la frecuencia con la que ellos reciben información de diferentes medios de comunicación (televisión, internet y radio); se encontró que ellos reciben poca información de estos temas y la que llegan a recibir es a través de internet y de la televisión. Pareciera ser de acuerdo con Enríquez y Sánchez (2004) que las campañas de prevención del VIH que ha emprendido CONASIDA no tiene un impacto en la conducta de los adolescentes en conflicto con la ley, a diferencia de otros jóvenes (Vargas & Barrera, 2002).

f) Predictores de la consistencia del uso del condón

Para conocer cuáles variables de los diferentes sistemas del modelo de Bronfenbrenner predicen el uso del condón se realizó un análisis de regresión múltiple, con los resultados se puede identificar aquellas que deben ser consideradas en un programa de intervención dirigido a promover el uso consistente del condón en esta población de adolescentes en conflicto con la ley. Si bien es cierto que los resultados muestran betas y varianzas explicadas muy bajas si es posible tomar la información como punto de referencia para el diseño de este tipo de programas.

El primer resultado que destaca de este análisis son los predictores directos del uso consistente del condón con pareja regular que fueron el estilo de negociación de colaboración-equidad, conductas de riesgo de los amigos y la intención de usar condón en su próxima relación sexual; en el caso del uso del condón con pareja ocasional los predictores fueron los mismos excepto la

intención del uso del condón. Para el primer caso, se podría decir que aquellos adolescentes que tienen la intención de usar el condón, que usan un estilo de negociación colaboración-equidad para convencer a su pareja de usarlo y que no tienen amigos que tengan prácticas de riesgo, son justamente los que se comportan de manera preventiva usando consistentemente el condón. El estilo de colaboración-equidad como predictor del uso consistente del condón ha sido un hallazgo consistente en otros estudios en adolescentes que no están en conflicto con la ley (Robles y Diaz-Loving, 2006; Robles y Diaz-Loving, 2008; Robles et al., 2011). Este estilo significa que el adolescente se preocupa por el bien de su pareja y también por el suyo, escucha a su pareja y da argumentos para convencer a su pareja de que ambos deben cuidarse. Es por ello que este estilo a diferencia de los otros (acomodación-evitación y contender) es el que tiene más éxito para convencer a la pareja de usar condón.

En el caso de la intención como predictor del uso del condón es un hallazgo que es congruente con los modelos psicosociales como el modelo basado en la teoría de acción razonada (Ajzen & Fishbein, 1980) y el modelo basado en la teoría de la conducta planeada (Ajzen, 1985). En el caso particular del modelo ecológico es congruente con los otros modelos, por lo que en esta población también resulta importante promover la intención del uso del condón. En el caso del uso del condón con pareja ocasional se esperaría que la intención fuera un predictor directo; sin embargo, con fundamento en el modelo integral de Fishbein (2000), los predictores pueden variar dependiendo el tipo de pareja, en el presente estudio los adolescentes que usan el condón con pareja ocasional no necesitan tener la intención de usarlo, mientras que, quienes lo usan con pareja regular la intención es fundamental.

La influencia de los medios de comunicación solo impactó en la intención de usar condón con pareja regular, pero no con una ocasional, este dato muestra que para los adolescentes influye lo que ven en televisión, escuchan en la radio y buscan en internet únicamente con pareja regular; es decir, pareciera que los adolescentes perciben que tales campañas de prevención en los medios de comunicación están enfocadas en que usen condón con su pareja regular y no con

su pareja ocasional; es necesario generar investigación que permita ampliar y explicar estos resultados; y evaluar efectivamente qué tanto los medios influyen y de qué manera lo hacen.

Respecto de las conductas de riesgo de los amigos de estos adolescentes que están en conflicto con la ley, el valor estandarizado de la predicción (beta) que se obtuvo fue negativo, es decir, tener amigos que no tienen conductas de riesgo, tales como robar, consumir drogas, tener relaciones sexuales, promueve comportamientos preventivos en esta población (Gaxiola, González, & Contreras, 2011). Con base en los anteriores hallazgos, un programa de intervención dirigido a promover conductas sexuales preventivas debería contemplar el entrenamiento en habilidades para negociar el uso del condón con la pareja usando un estilo de negociación colaboración-equidad y elementos que permitan promover la intención de uso de condón. Para el caso de conductas de riesgo de los amigos, es importante considerar la autoeficacia para evitar hacer lo que hacen su grupo de pares y evaluar su efectividad.

De los predictores directos del uso del condón llama la atención que uno de ellos, el de las características de riesgo de los amigos forme parte del mesosistema del modelo ecológico de Bronfenbrenner, y esta variables a su vez, se ve influida por aquellas ubicadas tanto en el meso (norma subjetiva) como con el macrosistema (estereotipos de género). También llama la atención que variables ubicadas en el mesosistema, particularmente las que hacen referencia al apoyo, supervisión y comunicación con padres, sean las que impactan directamente a la comunicación sexual que los adolescentes tienen con sus parejas, que a su vez, es lo que promueve un estilo de colaboración-equidad, predictor directo del uso del condón. Este hallazgo también ha sido reportado por Jiménez (2010), Sánchez et al. (2011) y Wang et al. (2007).

Esta configuración de relación entre variables muestra la importancia de tomar en consideración elementos que no están incorporados en los modelos psicosociales individuales en los que el punto central es lo que el individuo piensa va a afectar su comportamiento.

En síntesis, los hallazgos de este estudio permiten resaltar la importancia del modelo ecológico de Bronfenbrenner, tomando en consideración el papel que juegan variables tanto familiares como culturales, mismas que deben incluirse en el diseño de programas de intervención dirigidos a promover la salud sexual de adolescentes en conflicto con la ley (Van Horne et al., 2009; Vélez-Pastrana et al., 2005).

g) Elementos a considerar para el diseño del programa de intervención

1. Dado que los adolescentes mostraron tener un patrón de comportamiento sexual de riesgo por tener múltiples parejas sexuales, no usan condón de manera consistente, tienen diferentes prácticas sexuales (orales, anales y vaginales); por lo que un programa de intervención debiera estar dirigido a reducir estas conductas de riesgo. De igual forma reportaron que su pareja ha tenido algún embarazo no planeado, un aborto e hijos; e incluso algunos reportaron la presencia de ITS, dada estas situaciones es necesario trabajar con los adolescentes respecto a cómo su conducta sexual repercute en la presencia de alguna de estas circunstancias que de no manejarse adecuadamente pudiera repercutir en su salud, tanto biológica, como emocional.
2. Una proporción de adolescentes reportó tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y drogas, de igual forma reportó no usar el preservativo bajo estas condiciones, es importante incluir en el programa de intervención habilidades para identificar una situación de riesgo y protegerse a partir del análisis y discusión de eventos que los adolescentes estén expuestos.
3. El nivel de conocimientos que los adolescentes mostraron tener sobre prevención, transmisión y sintomatología del VIH/SIDA fue muy bajo por lo que es necesario dotarlos de información que les permita saber qué tienen que hacer para evitar problemas de salud sexual.
4. Dado que uno de los predictores de la consistencia del uso del condón fue el estilo de colaboración-equidad, es necesario desarrollar en los adolescentes

en conflicto con la ley habilidades para negociar el uso del condón utilizando un estilo de colaboración-equidad. De igual forma, los predictores de este estilo fueron la comunicación sexual con la pareja y variables relacionadas con el apoyo, supervisión y comunicación con padres, el programa de intervención debe contemplar herramientas para que los adolescentes aprendan a conversar tanto con sus padres, como con sus parejas sobre temas vinculados al cuidado de su salud sexual.

5. Debido a que los adolescentes que tienen estereotipos de género menos arraigados son aquellos cuyos amigos no tienen conductas de riesgo, el cual fue un predictor del uso consistente del condón, el programa de intervención tendría que incorporar un elemento de análisis y discusión del papel que juega el hombre y la mujer en la toma de decisiones sexuales.
6. Las conductas de riesgo que presentan los amigos de los adolescentes fue un predictor directo del uso consistente del condón, por lo que un programa de intervención debería incluir un elemento para evitar que los adolescentes tengan este tipo de amigos. Una manera de hacerlo sería evaluando qué tan capaces se sienten de evitar amigos que estén en estas condiciones, es decir, autoeficacia para evitar conductas de riesgo.
7. Finalmente todas aquellas variables psicosociales ubicadas en el microsistema, tales como, creencias, actitudes e intenciones vinculadas al uso del condón pueden promoverse a través de actividades que vean el uso del condón como algo bueno, placentero y que beneficie su salud sexual.

h) Limitaciones y recomendaciones del estudio

1. Los jóvenes en conflicto con la ley pueden ser hombres y mujeres que todavía no se define su situación jurídica, y que mientras se define pueden estar reclusos en una comunidad (CDIA, CM) o estar en sus casas (CEAA); aquellos que ya fueron culpables y se encuentran cumpliendo su sentencia (CTEA). En este estudio sólo se trabajó con hombres que todavía no se define su situación jurídica y se encuentran reclusos en la CDIA, por tanto, los resultados no pueden generalizarse a todos los adolescentes en

conflicto con la ley. Se sugiere dirigir los esfuerzos de investigación hacia esta población más amplia.

2. Particularmente en la CDIA la rotación de adolescentes es aproximadamente de 3 a 6 meses, lo cual implica que pueden cambiar las características del comportamiento sexual de riesgo de los nuevos grupos que van ingresando a este centro, una limitación de este estudio fue no haber evaluado durante varios ciclos de rotación para poder generalizar los datos a todos los que ingresan, por tanto los resultados aquí reportados solo aplican para la muestra estudiada, es decir, su validez externa es limitada.
3. La información de las variables que corresponde al apoyo, supervisión y comunicación con padres se obtuvo directamente de los adolescentes, y no de sus padres, lo cual se restringe a la percepción que los adolescentes tienen de sus padres. Lo ideal sería construir instrumentos para evaluar directamente a los padres y contrastar la información con la percepción que tienen sus hijos de ellos y en los programas de intervención tomarlos en consideración.

CAPÍTULO 7. DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

Dentro de los programas de intervención orientados a la reducción de comportamientos sexuales de riesgo, es necesario que las personas puedan establecer nuevos repertorios que les faciliten el poder establecer un comportamiento sexual seguro y responsable.

De acuerdo con el modelo ecológico, esto se logra no sólo con modificar algunas variables psicosociales, como lo son las creencias, intenciones, actitudes, entre otras (Operario et al., 2010; Villarruel et al., 2010); sino con el entrenamiento en habilidades que doten de herramientas a los jóvenes para tener un comportamiento sexual responsable y seguro (Robles, Moreno et al., 2006), pero que a su vez adaptarlo a cada población en función de su contexto para analizar qué apoyo pueden o no recibir de su medio social, y cómo poder utilizar dichas habilidades en su medio.

La intervención que se realizó en el presente estudio se enfocó en evaluar los efectos sobre aquellas variables del modelo ecológico que en el diagnóstico resultaron ser indicadores de riesgo, no se evaluó sus efectos sobre el uso del condón en las relaciones sexuales. Esto se debió a que los adolescentes se encontraban internados en la CDIA, lo cual no fue posible evaluar su comportamiento sexual después de la intervención; sin embargo, a partir de los resultados obtenidos en el diagnóstico, se espera ver los efectos en aquellas variables que resultaron ser predictores del uso consistente del condón.

De igual forma, al no tener los indicadores de la conducta sexual, se optó por evaluar los efectos en la habilidad para usarlo de manera correcta, ya que no basta con que lo use en todas sus relaciones sexuales, sino que lo haga adecuadamente para evitar el riesgo de infección, en ese sentido se espera que cuando los adolescentes salgan de la institución puedan usarlo de principio a fin sin que se rompa o se deslice el condón.

Otras de las variables que predijo la consistencia en el uso del condón fue el estilo de comunicación colaboración-equidad; se optó por entrenar la habilidad

de negociación de su uso, tomando en consideración este estilo, dado que es importante que todos los adolescentes traten de llegar a un acuerdo con su pareja, sin imponer, pero que a su vez el fin último sea el uso del condón.

Respecto a la comunicación sobre temas sexuales con padres y pareja se consideró evaluar qué tan capaces se sienten de poder iniciar una conversación de esta índole, con su padre, madre y pareja; debido a que sólo se trabajó en las sesiones con los adolescentes. De igual forma, respecto a las conductas de riesgo de sus amigos, se decidió por evaluar qué tan capaces se sienten de poder evitar conductas de riesgo. En este sentido, tanto la pareja, como sus padres y grupo de pares, en el programa de intervención se buscó incorporarlos aunque fuera de manera indirecta.

7.1 Objetivo particular

Evaluar los efectos de un programa de intervención sobre las conductas que promueven la salud sexual desde el Modelo ecológico, en una muestra de hombres adolescentes en conflicto con la ley.

7.2 Objetivos específicos

- Describir y analizar los cambios de la pre evaluación a la post evaluación, observados en las variables del microsistemas (conocimientos sobre VIH; creencias, intenciones y actitudes hacia el uso del condón, autoeficacia para negociar su uso y comunicación sexual con la pareja) en los grupos experimental y control.
- Describir y comparar de la pre evaluación a la post evaluación, las variables del mesosistema (comunicación sexual entre padres e hijos y norma social del grupo de pares) en los grupos experimental y control.
- Describir y comparar de la pre evaluación a la post evaluación, las variables del macrosistema (estereotipos de género) en los grupos experimental y control.

- Describir y comparar de la pre evaluación a la post evaluación, el uso correcto del condón y la habilidad para negociar su uso con la pareja en los grupos experimental y control.

7.3 Hipótesis

- El grupo que reciba el programa de intervención, comparado con el grupo control, tendrá niveles más elevados de conocimientos sobre VIH; creencias, intenciones y actitudes más favorables hacia el uso del condón, mayor autoeficacia para negociar su uso e incremento en la comunicación sexual con la pareja.
- El grupo que reciba el programa de intervención, comparado con el grupo control, tendrá un incremento en la comunicación sexual que establecen los jóvenes con sus padres.
- El grupo que reciba el programa de intervención, comparado con el grupo control, tendrá diferencias en la percepción de los estereotipos de género.

7.4 Método

7.4.1 Participantes

Se utilizó un procedimiento de selección de la muestra llamado muestreo por conglomerados (Kerlinger & Lee, 2002). Se eligieron cuatro de los ocho dormitorios al azar; dos fueron asignados aleatoriamente al grupo control y dos al grupo experimental. Participaron 134 hombres adolescentes que ya habían sido evaluados para el estudio diagnóstico, pero que todavía se encontraban dentro de la Comunidad al momento de hacer la intervención. 72 adolescentes pertenecieron al grupo experimental y 62 al grupo control, para los fines de la investigación se excluyeron del análisis 10 casos que no eran sexualmente activos y 6 que no vivían al menos con uno de sus padres, quedando la muestra por 118 adolescentes.

La muestra final quedó conformada por 68 adolescentes en el grupo experimental y 50 en el grupo control (ver figura 7.1).

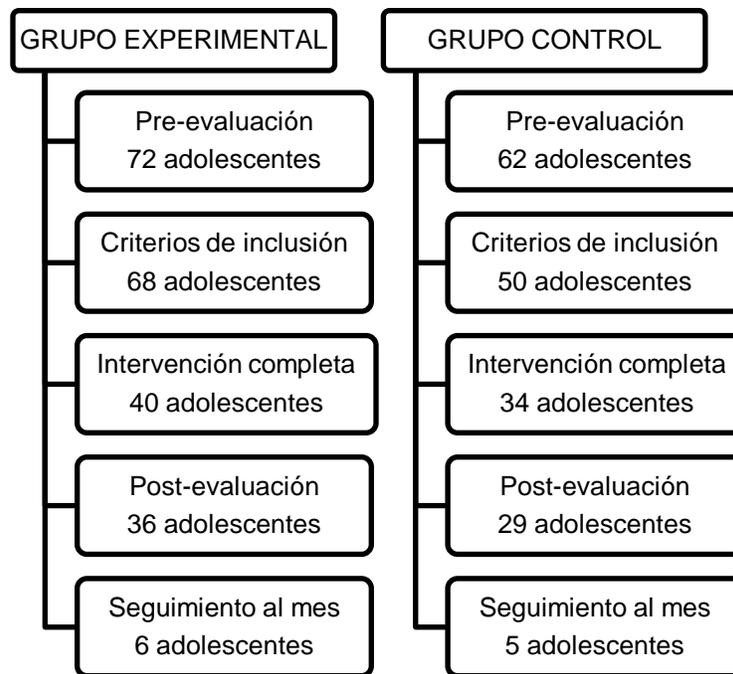


Figura 7.1. Participantes en el grupo experimental y control en el proceso de investigación.

Con el propósito de conocer si los adolescentes en el grupo control y experimental tienen las mismas características socio demográficas y el mismo delito por el cual ingresaron a la Comunidad, que haga suponer que los grupos son homogéneos, en la Tabla 7.1 se presenta el análisis de diferencias entre grupos donde se observa que únicamente hubo diferencias en términos de la edad, los adolescentes del grupo experimental son más grandes que los del grupo control. En el resto de las variables socio demográficas los grupos no difieren entre sí, por ejemplo, un gran porcentaje de adolescentes son solteros, la mayoría tiene estudios de secundaria, seguido de preparatoria; la mayoría vive con sus padres. Los ingresos familiares mensuales son menos de \$2,000. El delito por el cual se encuentran en la Comunidad es en mayor medida por robo y para la mayoría fue su primer ingreso.

Tabla 7.1. Comparación entre los grupos en las variables sociodemográficas.

Características	Grupo experimental (n= 68)		Grupo control (n= 50)		Prueba estadística
	n	%	n	%	
Edad	68	16.44	50	15.62	$t=4.32, p<.001$
Estado civil					$\chi^2=0.83, p=.539$
Soltero	63	92.6	47	94.0	
Unión libre	5	7.4	3	6.0	
Tiene hijos					$\chi^2=0.86, p=.497$
Si	7	10.3	6	12.0	
No	61	89.7	44	88.0	
Estudios					$\chi^2=2.66, p=.446$
Ninguno	13	19.1	11	22.0	
Primaria	4	5.9	7	14.0	
Secundaria	36	52.9	23	46.0	
Preparatoria	15	22.1	9	18.0	
Con quién vive					$\chi^2=1.55, p=.818$
Con papá	7	10.3	6	12.0	
Con mamá	24	35.3	16	32.0	
Con ambos	32	47.1	23	46.0	
Con la pareja y padres	5	7.4	4	8.0	
Otro	0	0	1	2.0	
Ingresos familiares					$\chi^2=4.87, p=.432$
Menos de \$2,000	18	26.5	12	24.0	
\$2,000 a \$3,999	19	27.9	10	20.0	
\$4,000 a \$5,999	5	7.4	4	8.0	
\$6,000 a \$9,999	3	4.4	5	10.0	
Más de \$10,000	0	0	2	4.0	
No saben	23	33.8	17	34.0	
Delito					$\chi^2=7.76, p=.170$
Robo	56	82.4	43	86.0	
Extorsión	0	0	0	0	
Lesiones	2	2.9	1	2.0	
Violación	0	0	0	0	
Homicidio	6	8.8	0	0	
Privación ilegal de la libertad	2	2.9	5	10.0	
Delincuencia organizada	1	1.5	1	2.0	
Daños a la salud	1	1.5	0	0	
Ingresos a la CDIA					$\chi^2=0.83, p=.660$
Primera vez	65	95.6	48	96.0	
Segunda vez	2	2.9	2	4.0	
Más de 3	1	1.5	0	0	

7.4.2 Escenario

La instrumentación del programa de intervención se llevó a cabo en un salón ubicado en el área de visita familiar. En dicho espacio se colocaron sillas en un círculo; el lugar contaba con tres mesas que se utilizaron para trabajo en equipo.

7.4.3 Materiales

Se utilizaron tarjetas de diferentes colores, hojas de rotafolio, marca textos, rotafolios con información sobre temas vinculados con el VIH/SIDA, el condón masculino, sexualidad en la pareja y roles de género en la cultura mexicana. También se utilizó un modelo de pene para la enseñanza del uso del condón, y una muestra de diferentes condones que ilustraron su variedad en términos de colores, formas, tamaños, sabores, texturas, marcas, precios y distintas fechas de caducidad.

7.4.4 Diseño

Se utilizó un diseño pretest-postest con un grupo experimental y uno control (Kerlinger & Lee, 2002). El estudio se llevó a cabo en cuatro fases: pre evaluación, intervención, postevaluación y seguimiento. Ambos grupos fueron evaluados antes y después de la intervención; sólo el grupo experimental recibió el programa de intervención, el cual se instrumentó en 5 sesiones de 2 horas una vez a la semana; un mes después se hizo un seguimiento con los adolescentes. El grupo control recibió el entrenamiento del uso correcto del condón e información de la prevención del VIH/SIDA, una vez terminadas las evaluaciones.

7.4.5 Variables

Variables Sociodemográficas

Como variables dependientes, se consideraron las variables referentes a:

Variables del Microsistema:

Conocimientos sobre VIH y otras ITS, actitudes hacia el uso del condón, intenciones para usar condón, autoeficacia para usar condón en relaciones sexuales, autoeficacia para usar condón en situaciones de riesgo, creencias hacia el uso del condón, autoestima y comunicación sexual con la pareja.

Como parte del diagnóstico, se incorporó la evaluación de cuatro variables:

- *Autoeficacia para iniciar una conversación sobre temas sexuales con padre, madre y pareja (AIC)*. Capacidad para poder abordar diferentes temáticas relacionadas con la sexualidad.
- *Autoeficacia para evitar conductas de riesgo (ACRA)*. Capacidad para poder evitar conductas de riesgo realizadas por amigos.
- *Uso correcto del condón (UCC)*. Habilidad para usar correctamente el condón al colocarlo y retirarlo del pene.
- *Negociación del uso del condón (NC)*. Habilidad para negociar el uso del condón cuando la pareja no quiere usarlo.

Variables del mesosistema:

Apoyo y supervisión paterna y materna, comunicación sexual entre padres e hijos, norma social del grupo de pares y conducta de riesgo de los amigos.

Variables del macrosistema:

Estereotipos de género.

7.4.6 Instrumentos

Se utilizaron los instrumentos del estudio diagnóstico, para la evaluación en pre-evaluación, post-evaluación y seguimiento. Respecto a las cuatro variables que se incluyeron, los instrumentos utilizados fueron:

Autoeficacia para iniciar una conversación sobre temas sexuales con padre, madre y pareja. Se diseñó un reactivo que evalúa la capacidad de los adolescentes para iniciar una conversación con su padre, madre y pareja, la pregunta decía lo siguiente, *qué tan seguro estás de poder iniciar una conversación sobre temas sexuales con tu...*, cuyos valores van de 1 a 7, donde 1 es muy seguro de no poder hacerlo y 7 muy seguro de poder hacerlo.

Autoeficacia para evitar conductas de riesgo. Se retomó la escala de Gaxiola et al. (2011) y se adaptó la pregunta de lo que hacen sus amigos por *qué tan seguro estas de poder hacer lo contrario a lo que hacen tus amigos cuando..., roban, hacen daño a lugares públicos, entre otros*, con valores de 1 a 7, donde 1 es absolutamente seguro de que no puedo y 7 absolutamente seguro de que si puedo.

Habilidad del uso correcto del condón. Se consideró la propuesta de Robles (2005) quien evalúa la habilidad conductual para usar correctamente el condón a partir de 8 pasos al colocar y retirar un condón en un pene de enseñanza, se asigna un punto por cada paso correcto, con valores de 0 a 8 puntos.

Habilidad para negociar el uso del condón (NC). La habilidad fue evaluada con base en la propuesta de evaluación de Tulloch, McCaul, Miltenberger & Smyth (2004). Un observador previamente entrenado evaluó a los participantes asignando un máximo de cuatro puntos sobre las estrategias utilizadas para la negociación. De las cuales: 1= inapropiado/inefectivo, 2= menciona el uso del condón pero no provee argumentos para su uso, 3= da argumentos para usar el condón, pero no responde a los argumentos que da la pareja para no usarlo, y 4= responde efectivamente a los argumentos que da la pareja para no usar el condón y da argumentos de por qué usarlo. Para la evaluación se consideró a una mujer con entrenamiento previo para que fungiera como su pareja y mediante un juego de roles debía negociar el uso del condón durante cinco minutos. Se planteó la siguiente situación: “Imagínate que estás con tu pareja en el lugar que sea de tu agrado, están solos y están a punto de tener relaciones sexuales, sin embargo se dan cuenta que no traen condones, tu pareja dice que tengan relaciones sin condón; cómo le harías para convencer a tu pareja de que lo usen”.

La presentación de los instrumentos utilizados puede verse en el Apéndice D.

Variable independiente: Se consideró como variable independiente la instrumentación de un programa de intervención conformado por los siguientes elementos, mismos que responden al Modelo ecológico de Bronfenbrenner:

1. **Microsistema:** a) Información, análisis y discusión sobre VIH/SIDA, ITS y embarazos no planeados, b) Ventajas y desventajas del uso del condón en relaciones sexuales, c) Comunicación efectiva y su importancia en la relación de pareja, d) Papel de la autoestima en una relación de pareja saludable, e) Análisis y discusión grupal sobre comportamientos sexuales de riesgo y situaciones en las que se presentan, enfatizando el papel que juegan el uso de drogas o alcohol en el desarrollo de conductas sexuales preventivas.
2. **Mesosistema:** a) Análisis y discusión grupal sobre la supervisión parental y apoyo familiar sobre el comportamiento sexual de los hijos, b) Ventajas y desventajas de la presión del grupo de pares sobre el comportamiento sexual.
3. **Macrosistema:** a) Análisis y discusión sobre las diferencias entre hombres y mujeres en el terreno sexual, b) Análisis y discusión de las creencias familiares sobre la sexualidad y sobre los mitos de la homosexualidad

Con base en estos elementos se realizó un entrenamiento en habilidades de comunicación sexual con padres y en la negociación del uso del condón con la pareja, así como en el uso correcto del condón a través de cuatro técnicas: modelamiento, juego de roles, retroalimentación y entrenamiento para la transferencia.

7.4.7 Procedimiento

Fase de Preevaluación

Una semana antes de iniciar con el programa, se aplicó el conjunto de instrumentos sobre los diferentes aspectos contemplados en el Modelo ecológico (correspondiente a la evaluación diagnóstica). Durante la aplicación de los cuestionarios se evaluó la habilidad para usar correctamente el condón en un modelo de pene de enseñanza y la habilidad para negociar el uso del condón con su pareja a partir de un juego de roles.

Fase de intervención

Sesión 1. Se realizó la presentación de los instructores y de los asistentes, proporcionaron su nombre y mencionaron a qué se dedicaban; posteriormente se hizo el encuadre de trabajo y se establecieron las reglas durante el taller. Se realizó una dinámica sobre la transmisión del VIH/SIDA y se analizó la forma de transmisión, al término de la actividad se hizo una presentación sobre la prevención, transmisión y sintomatología del VIH/SIDA, en donde se discutió la información. Como actividad final se hizo una dinámica sobre las ventajas y desventajas de usar condón en las relaciones sexuales, se formaron equipos de trabajo y a través de la realización de dibujos debían representar las ventajas y desventajas de usar el condón. Al término de la sesión, se hizo un cierre y una conclusión de la sesión. El desglose y presentación de las actividades realizadas en la sesión 1 puede verse en el Apéndice E.

Sesión 2. Al comienzo de la sesión, se hizo un breve resumen de la sesión anterior, posteriormente se hizo una dinámica titulada ¿Qué pasaría si...? En la cual se mostraron seis tarjetas con diversas situaciones problemáticas en donde se debatía las implicaciones de cada situación. Posteriormente, se realizaron dos actividades relacionadas con los mitos hacia la homosexualidad; en donde se discutieron diferentes afirmaciones de lo que es o no un homosexual: finalmente se hizo una dinámica centrada en lo que implica ser hombre y ser mujer, se les pidió que hicieran dibujos en donde representaran a un hombre y a una mujer y presentó la información en plenaria y se discutió sus implicaciones en el terreno sexual. Al finalizar, se hizo una conclusión sobre los temas abordados en la sesión. El desglose y presentación de las actividades realizadas en la sesión 2 puede verse en el Apéndice E.

Sesión 3. Se hizo un breve resumen de la sesión anterior, posteriormente se hizo una revisión, análisis y discusión grupal sobre la importancia de la familia en el comportamiento sexual, particularmente sobre la comunicación que establecen con su padre y madre. Se comenzó con el entrenamiento en la habilidad de comunicación sexual con sus padres a través de cuatro técnicas de cambio conductual que constituyen el Aprendizaje Estructurado (modelamiento, juego de

roles, retroalimentación y entrenamiento para la transferencia). Como última actividad se realizó una presentación de diversos condones en cuanto textura, tamaño, color en relación con su utilización en diferentes prácticas sexuales. Al finalizar la sesión se dio una conclusión de la actividad y se dejó de tarea que conversaran con uno de sus padres sobre algún tema de sexualidad. El desglose y presentación de las actividades realizadas en la sesión 3 puede verse en el Apéndice E.

Sesión 4. Se hizo un breve resumen de la sesión anterior y se discutió sobre la tarea dejada en la sesión anterior; al término se realizó una actividad en la que debían hacer un anuncio publicitario para promover el uso del condón. Una vez terminada la actividad, se discutió en grupo sobre la importancia del uso correcto y consistente del condón en relaciones sexuales y se comenzó con el entrenamiento en habilidades del uso correcto del condón utilizando un modelo de pene para la enseñanza. Al finalizar la sesión, se hizo una conclusión de los temas abordados. El desglose y presentación de las actividades realizadas en la sesión 4 puede verse en el Apéndice E.

Sesión 5. Se hizo un breve resumen de la sesión anterior; se trabajó sobre la comunicación en pareja, principalmente en la importancia de negociar el uso de condón. Se comenzó con el entrenamiento en habilidades centrado en la negociación del uso del condón con base en las técnicas del aprendizaje estructurado. Finalmente, se realizó la revisión, análisis y discusión de los aspectos relacionados con el comportamiento sexual de los jóvenes y de lo visto durante el taller. El desglose y presentación de las actividades realizadas en la sesión 5 puede verse en el Apéndice E.

Fase de Postevaluación

Una semana después de terminado el programa de intervención, se aplicó nuevamente el conjunto de instrumentos utilizados en pre evaluación y se evaluó la habilidad para usar correctamente el condón en un modelo de pene de enseñanza y la habilidad para negociar el uso del condón con su pareja a partir de un juego de roles.

Fase de seguimiento

Un mes después de la postevaluación, se aplicó el conjunto de instrumentos y se evaluó la habilidad para usar correctamente el condón en un modelo de pene de enseñanza y la habilidad para negociar el uso del condón con su pareja a partir de un juego de roles. Al término de esta fase se hizo exposición en la explanada de la Comunidad para presentar todos los rotafolios de la intervención a todos los adolescentes, se respondieron a las preguntas planteadas por los jóvenes.

7.4.8 Análisis de datos

Se empleó el paquete estadístico SPSS v.20 para el análisis de datos. Se realizaron análisis de diferencias entre grupos sobre las variables sociodemográficas y sobre el patrón de comportamiento sexual, utilizando *ji* cuadrada para variables nominales y *t* de student para variables intervalares. Para evaluar los efectos de la intervención entre grupos se realizaron análisis de medidas repetidas, se consideraron los efectos principales del grupo, el efecto del tipo de tratamiento y la interacción entre variables diferenciado para cada grupo.

7.5 Resultados

Los resultados se presentan en apartados, en la primera parte se hace la comparación entre el grupo control y experimental en preevaluación, esto con el objetivo de conocer si había diferencias entre los grupos respecto a su comportamiento sexual, posteriormente en los siguientes apartados se establecen diferencias entre e intra grupos sobre cada una de las variables ubicadas en los sistemas del modelo ecológico a partir de la intervención y seguimiento.

a) Patrón de comportamiento sexual

En la Tabla 7.2, se presentan las comparaciones entre el grupo control y experimental en las variables de patrón de comportamiento sexual, en ninguna

variable se encontraron diferencias significativas, lo cual indica que el comportamiento sexual es similar en ambos grupos antes de la intervención.

Tabla 7.2. Comparación entre los grupos en patrón de comportamiento sexual.

Características	Grupo experimental (n= 68)		Grupo control (n= 50)		Prueba estadística
	N	%	n	%	
Orientación sexual					$\chi^2=1.37, p=.424$
Heterosexual	68	100	49	98	
No sé	1	0	1	2	
Debut sexual	68	13.99	50	13.70	t=.990, p=.324
Parejas sexuales en toda la vida	68	7.56	49	7.31	t=.182, p=.856
Primera relación sexual					
Planeación					$\chi^2=.334, p=.580$
Si	29	42.6	24	48	
No	39	57.4	26	52	
Uso de condón					$\chi^2=2.21, p=.189$
Si	26	38.2	26	52	
No	42	61.8	24	48	
Tipo de prácticas sexuales					$\chi^2=2.69, p=.441$
Vaginales	27	39.7	18	37.5	
Vaginales y anales	5	7.4	7	14.6	
Vaginales y orales	8	11.8	8	16.7	
Vaginales, anales y orales	28	41.2	15	31.2	
Uso de condón en última relación sexual					$\chi^2=2.02, p=.184$
Si	25	36.8	24	50	
No	43	63.2	24	50	
Consistencia en el uso del condón	59	.520	44	.464	t=.557, p=.579
Relaciones sexuales y alcohol					$\chi^2=.257, p=.642$
Si	31	63.3	22	68.2	
No	18	36.7	10	31.2	
Uso de condón y alcohol					$\chi^2=.008, p=.555$
Si	24	51	16	50	
No	25	49	16	50	
Relaciones sexuales y drogas					$\chi^2=.356, p=.589$
Si	19	55.9	10	47.6	
No	15	44.1	11	52.4	
Uso de condón y drogas					$\chi^2=.891, p=.399$
Si	14	41.2	6	28.6	
No	20	58.8	15	71.4	

Al término de la intervención, se realizó la evaluación del patrón de comportamiento sexual, pero los adolescentes reportaron que no habían tenido relaciones sexuales dentro de la Comunidad durante el periodo de la intervención.

b) Variables del microsistema

La evaluación de conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS antes y después de la intervención se muestra en la tabla 7.3; al revisar los efectos principales del grupo, existen diferencias significativas en el porcentaje de respuestas correctas entre el grupo control y experimental en las cuatro áreas de conocimientos, así como en el porcentaje global, en promedio el grupo experimental obtuvo mayores porcentajes de respuestas correctas que el control. Al analizar el efecto del tipo de tratamiento se observaron cambios en el porcentaje de respuestas correctas entre la medición pre y post; en cuanto a la interacción de estas variables se encontró que existe un cambio en el porcentaje de respuestas correctas entre pre y post diferenciado para cada grupo, se pudo observar que el grupo control de hecho disminuyó su nivel de conocimientos y en cambio el experimental incrementó de la mitad de respuestas correctas a un promedio de casi el 100% de aciertos.

Tabla 7.3. Comparación entre el grupo experimental y control en la prueba de conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS.

Variable	Control		Experimental		ANOVA de medidas repetidas		
	Pre	Post	Pre	Post	Grupo	Tratamiento	Interacción
Sintomatología del VIH/SIDA	57.33%	52.87%	64.71%	97.24%	F=28.8, $p<.001$	F=7.79, $p<.01$	F=12.43, $p<.01$
Transmisión del VIH/SIDA	39.33%	35.63%	42.65%	94.44%	F=52.6, $p<.001$	F=38.8, $p<.001$	F=45.9, $p<.001$
Prevención del VIH/SIDA	44.67%	39.08%	50.00%	97.22%	F=55.6, $p<.001$	F=19.6, $p<.001$	F=29.0, $p<.001$
Características de ITS	48.67%	35.63%	51.96%	97.22%	F=47.4, $p<.001$	F=19.0, $p<.001$	F=39.6, $p<.001$
Global	47.50%	40.80%	52.33%	96.06%	F=88.1, $p<.001$	F=30.5, $p<.001$	F=46.7, $p<.001$

El porcentaje de respuestas correctas sobre los conocimientos del uso del condón se muestra en la figura 7.2, se realizó un análisis de medidas repetidas y se encontró al revisar los efectos principales del grupo, que existen diferencias significativas en el porcentaje de respuestas correctas entre el grupo control y experimental ($F=66.1$, $p<.001$); en promedio el grupo experimental obtuvo mayores porcentajes de respuestas correctas que el control; al analizar el efecto del tipo de tratamiento se observaron cambios en el porcentaje de respuestas

correctas ($F=39.7$, $p<.01$) entre la medición pre (37.75%) y post (93.98); en la interacción de estas variables se encontró que existe un cambio en el porcentaje de respuestas correctas entre pre y post diferenciado para cada grupo ($F=51.2$, $p<.01$), se pudo observar que el grupo control mantiene casi el mismo porcentaje de conocimientos, en cambio el experimental incrementó de un 40% de respuestas correctas a un promedio de más del 90% de aciertos.

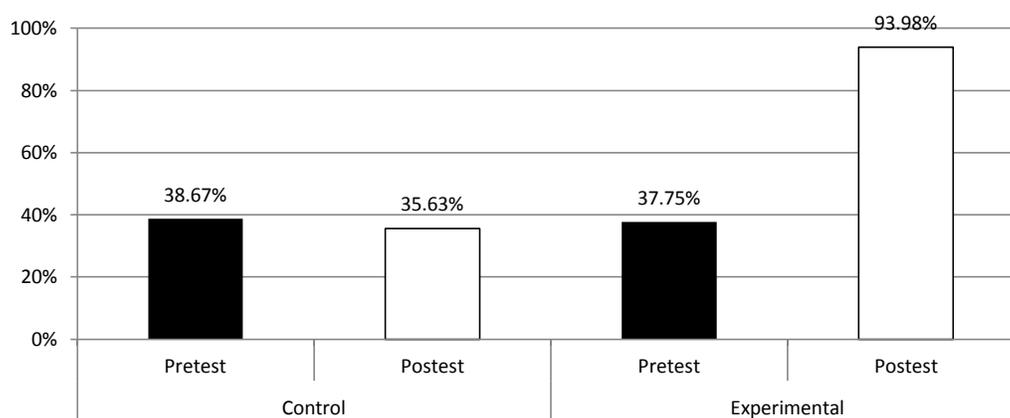


Figura 7.2. Porcentaje de respuestas correctas en conocimientos sobre uso del condón obtenido en el grupo control y experimental.

En la tabla 7.4 se muestran las comparaciones entre el grupo experimental y control sobre las variables psicosociales relacionadas con el uso del condón con pareja regular, respecto a las creencias negativas, actitud y autoeficacia para usar condón, así como la autoeficacia para usarlo en situaciones de riesgo, se encontró al revisar los efectos principales del grupo, que existen diferencias significativas en la puntuación obtenida entre el grupo control y experimental. En promedio, el grupo experimental tuvo menos creencias negativas sobre el uso del condón, tuvo una actitud más favorable y se sintió más capaz para usarlo en sus relaciones sexuales y en situaciones de riesgo, como por ejemplo, bajo los efectos de alcohol y drogas. Al analizar el efecto del tipo de tratamiento, se observaron cambios en el porcentaje de respuestas correctas entre la medición pre y post en estas cuatro variables, respecto a la interacción se encontró que existe un cambio en el puntaje obtenido entre pre y post diferenciado para cada grupo, en el grupo experimental es menor la puntuación de creencias negativas y mayor la

puntuación en actitudes y autoeficacia; en cambio, el grupo control no se presentaron diferencias significativas.

Respecto de las creencias de seguridad y protección para usar condón, se encontró al revisar los efectos principales del grupo, que existen diferencias significativas en la puntuación obtenida entre el grupo control y experimental. El grupo experimental obtuvo ligeramente un mayor puntaje que el control; sin embargo, al analizar el efecto del tipo de tratamiento no encontraron diferencias significativas entre la medición pre y post; de igual forma tampoco hubo interacción entre estas variables, ya que incluso el grupo experimental tenía más creencias de seguridad y protección desde la pre-evaluación (ver tabla 7.4).

Tabla 7.4. Comparación entre el grupo experimental y control sobre las variables psicosociales sobre el uso del condón con pareja regular.

Variable	Control		Experimental		ANOVA de medidas repetidas		
	Pre	Post	Pre	Post	Grupo	Tratamiento	Interacción
Creencias de seguridad y protección	3.66 (1.49)	3.34 (1.58)	4.18 (1.06)	4.75 (.77)	F=18.8, $p<.001$	F=3.91, $p<.052$	F=1.51, $p=.223$
Creencias negativas	3.70 (1.26)	3.34 (1.37)	3.22 (1.11)	2.81 (.62)	F=5.85, $p<.05$	F=9.99, $p<.01$	F=29.7, $p<.001$
Actitudes	3.34 (1.95)	3.52 (2.26)	3.58 (2.05)	6.64 (1.19)	F=24.7, $p<.001$	F=26.7, $p<.001$	F=20.3, $p<.001$
Intención para usarlo	3.76 (2.63)	3.55 (2.50)	4.29 (2.59)	6.36 (1.71)	F=16.8, $p<.001$	F=2.54, $p<.116$	F=6.32, $p<.05$
Autoeficacia para usarlo	3.52 (2.58)	3.24 (2.53)	4.32 (2.66)	6.78 (1.01)	F=23.1, $p<.001$	F=9.56, $p<.005$	F=16.0, $p<.001$
Autoeficacia para usarlo en situaciones de riesgo	3.18 (2.11)	2.97 (2.17)	3.35 (2.19)	6.50 (1.54)	F=24.6, $p<.001$	F=27.3, $p<.001$	F=29.9, $p<.001$

Finalmente, para la intención para usar condón (ver tabla 7.4), al revisar los efectos principales del grupo, existen diferencias significativas en la puntuación obtenida entre el grupo control y experimental, en promedio el grupo experimental obtuvo mayor puntaje en su intención para usarlo, que el control. Al analizar el efecto del tipo de tratamiento no se observaron cambios significativos en las puntuaciones entre la medición pre y post; sin embargo, en la interacción de estas variables se encontró que existe un cambio en la puntuación obtenida entre pre y post diferenciado para cada grupo, se pudo observar que el grupo control de

hecho disminuyó su puntuación, en cambio el experimental incrementó la intención de usar condón.

En la tabla 7.5 se presenta la comparación entre el grupo experimental y control sobre las variables psicosociales relacionadas con el uso del condón con pareja ocasional. Al revisar los efectos principales del grupo, existen diferencias significativas en la puntuación obtenida en todas las variables, entre el grupo control y experimental. En promedio, el grupo experimental obtuvo mayor puntuación en creencias de seguridad y protección, actitudes, intención para usarlo y autoeficacia para usarlo en relaciones sexuales y en situaciones de riesgo; y menor puntuación en creencias negativas en comparación al grupo control. Al analizar el efecto del tipo de tratamiento se observaron cambios en todas las variables entre la medición pre y post, excepto en autoeficacia para usar condón en relaciones sexuales. En la interacción se encontró que existen cambios entre pre y post diferenciado para cada grupo, excepto en creencias de seguridad y protección; se puede observar que los adolescentes del grupo experimental incrementan sus puntuaciones respecto al grupo control.

Tabla 7.5. Comparación entre el grupo experimental y control sobre las variables psicosociales sobre el uso del condón con pareja ocasional.

Variable	Control		Experimental		ANOVA de medidas repetidas		
	Pre	Post	Pre	Post	Grupo	Tratamiento	Interacción
Creencias de seguridad y protección	3.52 (1.52)	3.52 (1.47)	4.24 (1.06)	4.83 (.50)	F=25.2, p<.001	F=12.1, p<.001	F=.167, p=.684
Creencias negativas	3.72 (1.12)	3.24 (1.35)	3.24 (1.08)	2.78 (.63)	F=6.34, p<.05	F=11.9, p<.001	F=41.1, p<.001
Actitudes	3.78 (1.93)	3.41 (2.24)	3.48 (2.00)	6.67 (1.12)	F=14.0, p<.001	F=30.1, p<.001	F=50.3, p<.001
Intención para usarlo	4.36 (2.58)	3.72 (2.57)	4.59 (2.57)	6.44 (1.57)	F=8.24, p<.05	F=5.91, p<.05	F=14.9, p<.001
Autoeficacia para usarlo	4.58 (2.65)	4.03 (2.65)	5.01 (2.44)	6.47 (1.57)	F=11.8, p<.001	F=1.08, p<.301	F=5.80, p<.05
Autoeficacia para usarlo en situaciones de riesgo	3.42 (2.28)	3.10 (2.27)	3.40 (2.24)	6.53 (1.42)	F=17.6, p<.001	F=20.7, p<.001	F=34.3, p<.001

Otra variable evaluada fue la autoestima, al revisar los efectos principales del grupo no se encontraron diferencias significativas (F=.316, p=.576); tampoco hubo efecto del tipo de tratamiento (F=2.98, p=.089), y no hubo efecto de

interacción ($F=.271$, $p=.605$). En general, antes y después de la intervención los adolescentes reportaron tener una autoestima moderada; lo que indica que la intervención realizada no tuvo efectos sobre esta variable.

Al evaluar qué tan capaces se sienten de poder iniciar una conversación sobre temas sexuales con sus padres y pareja (ver tabla 7.6); respecto de los efectos principales del grupo, se encontraron diferencias significativas en la puntuación obtenida entre el grupo control y experimental, en promedio el grupo experimental obtuvo mayor puntaje en la autoeficacia para iniciar una conversación con padres y pareja, en comparación al control; al analizar el efecto del tipo de tratamiento se observaron cambios en el puntaje obtenido entre la medición pre y post; finalmente en la interacción de estas variables se encontró que existe un cambio en la puntuación obtenida entre pre y post diferenciado para cada grupo, se observa que el grupo control se mantiene su nivel de autoeficacia, en cambio el experimental incrementó su capacidad para iniciar una conversación tanto con sus padres, como con su pareja.

Tabla 7.6. Comparación entre el grupo experimental y control sobre la autoeficacia para iniciar una conversación.

Variable	Control		Experimental		ANOVA de medidas repetidas		
	Pre	Post	Pre	Post	Grupo	Tratamiento	Interacción
Con padre	3.7 (2.12)	3.31 (2.18)	3.47 (2.10)	6.47 (1.42)	$F=19.8$, $p<.001$	$F=18.7$, $p<.001$	$F=25.3$, $p<.001$
Con madre	4.56 (1.77)	4.38 (1.87)	4 (2.03)	6.61 (1.12)	$F=6.83$, $p<.05$	$F=20.5$, $p<.001$	$F=25.8$, $p<.001$
Con pareja	4.36 (2.04)	3.97 (1.89)	4.06 (2.07)	6.64 (1.04)	$F=12.9$, $p<.001$	$F=19.0$, $p<.001$	$F=25.6$, $p<.001$

La frecuencia de la comunicación sobre temas sexuales y el estilo de negociación sobre el uso del condón, se puede observar en la tabla 7.7; se observa que para los efectos principales del grupo, existen diferencias significativas en la puntuación obtenida entre el grupo control y experimental; en promedio el grupo experimental obtuvo mayor puntaje que el control; al analizar el efecto del tipo de tratamiento se observaron cambios en las puntuaciones entre la medición pre y post. En la interacción de estas variables se encontró que existe un cambio en la puntuación entre pre y post diferenciado para cada grupo; respecto

de la comunicación con la pareja a pesar de haber cambios en la puntuación, la diferencia entre la puntuación de pre a post en el grupo experimental indica que se comunican menos con la pareja.

Tabla 7.7. Comparación entre el grupo experimental y control sobre la comunicación con la pareja.

Variable	Control		Experimental		ANOVA de medidas repetidas		
	Pre	Post	Pre	Post	Grupo	Tratamiento	Interacción
Comunicación sobre temas sexuales	2.22 (1.27)	2.07 (1.25)	2.76 (1.46)	2.53 (.84)	F=39.0, <i>p</i> <.001	F=26.2, <i>p</i> <.001	F=28.2, <i>p</i> <.001
Estilos de negociación: Colaboración-equidad	3.65 (1.36)	3.55 (1.27)	3.44 (1.16)	4.81 (.74)	F=6.71, <i>p</i> <.05	F=13.8, <i>p</i> <.001	F=13.8, <i>p</i> <.001

En la Fig. 7.3 se presenta la evaluación de la habilidad para usar correctamente un condón a través de ocho pasos antes de la intervención, tanto el grupo control como el experimental tuvieron porcentajes muy bajos, el paso que más acertaron fue cómo colocar un condón del lado correcto; sin embargo, sólo fue en un 50%.

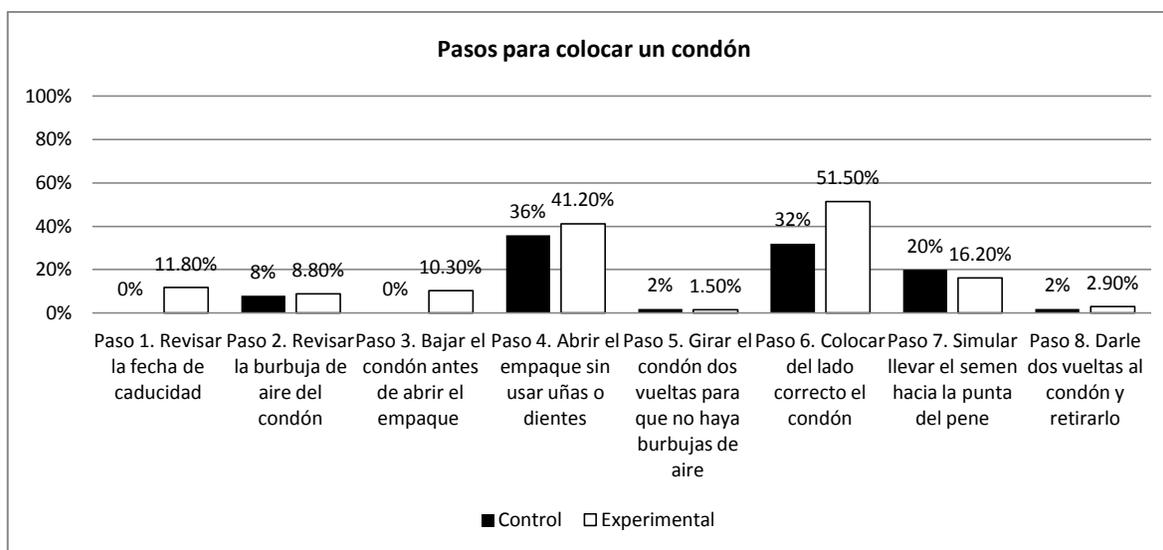


Figura 7.3. Porcentaje de respuestas correctas en cada paso de la habilidad para usar correctamente un condón obtenido en el grupo control y experimental antes de la intervención.

En la figura 7.4 se presenta el porcentaje promedio por cada grupo en la habilidad de usar correctamente el condón, al revisar los efectos principales del grupo, existen diferencias significativas en el porcentaje de respuestas correctas

en la habilidad para colocar un condón entre el grupo control y experimental ($F=247$, $p<.001$). En promedio, el grupo experimental obtuvo un mayor porcentaje que el control, al analizar el efecto del tipo de tratamiento se observaron cambios en el porcentaje de respuestas correctas entre la medición pre y post ($F=247$, $p<.001$). En la interacción de estas variables se encontró que existe un cambio en el porcentaje de respuestas correctas entre pre y post diferenciado para cada grupo ($F=390$, $p<.001$), se pudo observar que el grupo control se incrementó un poco el porcentaje, en cambio el experimental incrementó de un 20% a un promedio de casi el 100% de aciertos.

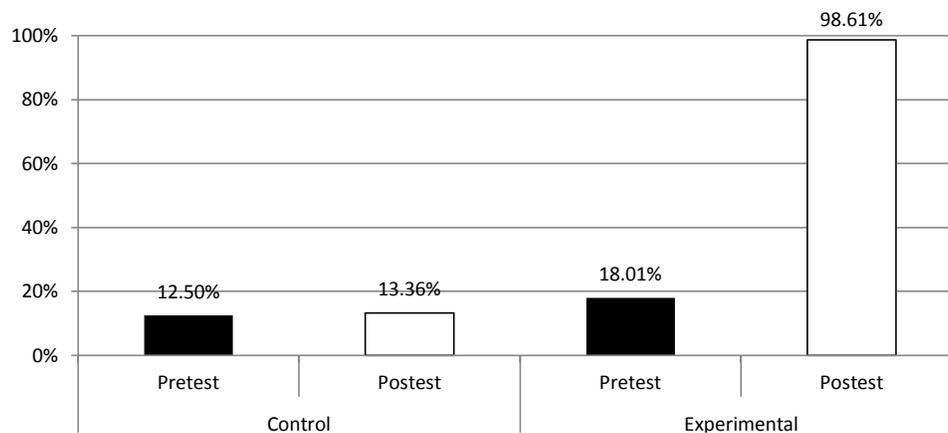


Figura 7.4. Porcentaje de respuestas correctas en la habilidad para usar correctamente un condón obtenido en el grupo control y experimental antes y después de la intervención.

La habilidad para negociar el uso del condón, se presenta en la figura 7.5, se realizó un análisis de medidas repetidas y al revisar los efectos principales del grupo, se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas entre el grupo control y experimental ($F=42.9$, $p<.001$), en promedio el grupo experimental obtuvo mayor habilidad para negociar el uso del condón que el grupo control; al analizar el efecto del tipo de tratamiento se observaron cambios en la puntuación obtenida entre la medición pre y post $F=88.5$, $p<.001$. En la interacción se encontraron cambios entre las puntuaciones entre los grupos ($F=88.5$, $p<.001$), el grupo control se mantuvo inhábil, mientras que el grupo experimental hubo cambios en su habilidad de pre a post.

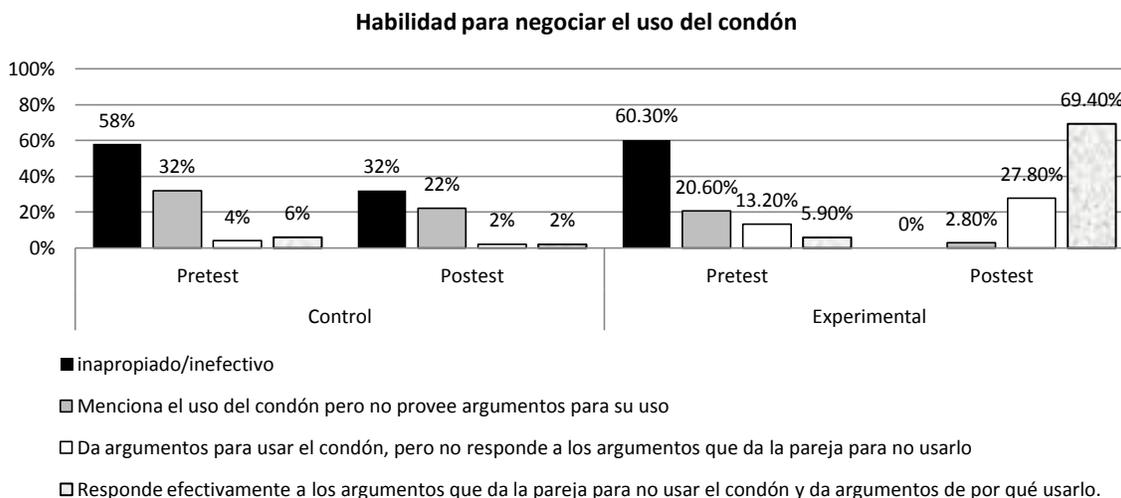


Figura 7.5. Porcentaje de respuestas correctas en la habilidad para negociar el uso del condón con la pareja obtenido en el grupo control y experimental antes y después de la intervención.

c) Variables del mesosistema

En la tabla 7.8 se presenta la comparación de medias entre el grupo experimental y el grupo control en las variables del mesosistema, que tienen que ver con apoyo, supervisión y comunicación sobre temas sexuales, tanto con el padre como con la madre, así como variables relacionadas con los amigos, norma subjetiva sobre el uso del condón y autoeficacia para evitar conductas de riesgo de amigos.

Respecto de las variables referidas al padre, en promedio el grupo experimental obtuvo mayor percepción de apoyo y supervisión del padre y mayor frecuencia de la comunicación, que el grupo control; al analizar el efecto del tipo de tratamiento se observaron cambios en las puntuaciones entre la medición pre y post; en la interacción de estas variables se encontró que existe un cambio en la puntuación entre pre y post diferenciado para cada grupo, se puede observar que el grupo control mantiene sus puntuaciones, en cambio el grupo experimental aumenta la percepción del apoyo y supervisión, así como la frecuencia de la comunicación de pre a post.

Respecto de estas mismas variables referidas a la madre, se encontró al revisar los efectos principales del grupo, diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas entre el grupo control y experimental, en promedio el grupo experimental obtuvo una media mayor que el control en las tres variables, apoyo, supervisión y comunicación; sin embargo, al analizar el efecto del tipo de tratamiento no se encontraron diferencias significativas entre la medición pre y post en apoyo y supervisión, indicando que los cambios se dan independientemente del tipo de tratamiento; en relación con la interacción, se encontró que existe un cambio en las puntuaciones obtenidas entre pre y post diferenciado para cada grupo, con este último análisis se observa que es hay cambios de pre a post en el grupo experimental, siendo mayor la percepción que tienen sobre el apoyo y supervisión de la madre, así como la frecuencia con la que se comunican sobre temas sexuales; en cambio el grupo control se mantiene casi con las mismas puntuaciones (ver tabla 7.8).

Tabla 7.8. Comparación entre el grupo experimental y control sobre las variables del mesosistema.

Variable	Control		Experimental		ANOVA de medidas repetidas		
	Pre	Post	Pre	Post	Grupo	Tratamiento	Interacción
Padre							
Apoyo	2.60 (1.56)	2.86 (1.68)	3.14 (1.78)	4.69 (.82)	F=18.0, $p<.001$	F=25.4, $p<.001$	F=6.70, $p<.05$
Supervisión	2.69 (1.58)	2.66 (1.71)	3.05 (1.76)	4.67 (.82)	F=16.9, $p<.001$	F=23.9, $p<.001$	F=11.5, $p<.001$
Comunicación sobre temas sexuales	1.88 (1.23)	2.48 (1.32)	2.29 (1.41)	4.53 (.84)	F=21.8, $p<.001$	F=86.3, $p<.001$	F=31.2, $p<.001$
Madre							
Apoyo	3.58 (1.59)	2.69 (1.75)	3.58 (1.73)	4.72 (.81)	F=13.6, $p<.001$	F=.606, $p=.439$	F=15.0, $p<.001$
Supervisión	3.44 (1.66)	2.69 (1.81)	3.55 (1.74)	4.69 (.85)	F=14.0, $p<.001$	F=.949, $p=.334$	F=11.8, $p<.001$
Comunicación sobre temas sexuales	2.02 (1.25)	2.31 (1.36)	2.11 (1.27)	4.47 (1.00)	F=22.5, $p<.001$	F=58.3, $p<.001$	F=31.3, $p<.001$
Amigos							
Norma subjetiva:							
Usar condón con pareja regular	4.34 (2.78)	4.07 (2.68)	4.90 (2.62)	6.44 (1.64)	F=7.04, $p<.05$	F=5.65, $p<.05$	F=7.80, $p<.05$
Usar condón con pareja ocasional	4.40 (2.74)	4.07 (2.67)	5.53 (2.33)	6.42 (1.69)	F=13.6, $p<.001$	F=2.87, $p=.095$	F=2.53, $p=.116$
Autoeficacia para evitar conductas de riesgo	2.84 (1.60)	4.07 (1.16)	2.79 (1.29)	6.61 (.87)	F=36.8, $p<.001$	F=107, $p<.001$	F=31.6, $p<.001$

Finalmente, en el caso de las variables relacionadas con los amigos, respecto de los efectos principales del grupo. En promedio, el grupo experimental obtuvo mayores puntuaciones que el control en la norma subjetiva para usar condón con pareja regular y ocasional, así como en la autoeficacia para evitar conductas de riesgo de los amigos. Al analizar el efecto del tipo de tratamiento, se observaron cambios en el puntaje entre la medición pre y post en norma subjetiva para usar condón con pareja regular y en autoeficacia para evitar conductas de riesgo. No se encontraron diferencias significativas entre las medias en la norma subjetiva para usar condón con pareja ocasional. En la interacción de estas variables se encontró que existe un cambio en el puntaje entre pre y post diferenciado para cada grupo en norma subjetiva para usar condón con pareja regular y en autoeficacia para evitar conductas de riesgo; excepto en norma subjetiva para usar condón con pareja ocasional; esto indica que los del grupo control se mantienen sin cambios y los adolescentes del grupo experimental hay cambios de pre a post, indicando que se perciben más que para sus amigos es importante que usen condón y se sienten más capaces de evitar conductas de riesgo (ver tabla 7.8).

d) Variables del macrosistema

Al evaluar los estereotipos en el ámbito interpersonal y en el ámbito social, respecto a los efectos principales del grupo, se encontraron diferencias significativas en la puntuación obtenida entre el grupo control y experimental, en promedio el grupo experimental obtuvo menores puntajes, que el control, en estereotipos en el ámbito interpersonal y social; al analizar el efecto del tipo de tratamiento se observaron cambios en la puntuación entre la medición pre y post. En la interacción de estas variables se encontró que existe un cambio en la puntuación entre pre y post diferenciado para cada grupo, se puede observar que el grupo control se mantiene casi en las mismas puntuaciones de pre a post; en cambio el grupo experimental disminuyó su percepción de estereotipos de género (ver tabla 7.9).

Tabla 7.9. Comparación entre el grupo experimental y control sobre estereotipos de género.

Variable	Control		Experimental		ANOVA de medidas repetidas		
	Pre	Post	Pre	Post	Grupo	Tratamiento	Interacción
Ámbito interpersonal	2.60 (1.40)	3.28 (1.16)	2.69 (1.44)	1.28 (.74)	F=11.7, $p<.001$	F=3.93, $p<.05$	F=37.2, $p<.001$
Ámbito social	3.06 (1.39)	3.14 (1.24)	3.25 (1.22)	1.22 (.68)	F=13.0, $p<.001$	F=25.3, $p<.001$	F=42.0, $p<.001$

e) Seguimiento un mes después

Un mes después de haber concluido con la post evaluación, se realizó un seguimiento; del grupo experimental sólo quedaban seis participantes y del grupo control cinco adolescentes. Dada la cantidad de participantes en esta fase sólo se hacen análisis descriptivos. En la tabla 7.10 se presentan los resultados obtenidos en las pruebas de conocimiento, en donde se observa que el porcentaje de respuestas correctas disminuyó en un 10% en los conocimientos de VIH y un 5% en el uso del condón.

Tabla 7.10. Porcentaje de respuestas correctas en preevaluación, post evaluación y seguimiento en las pruebas de conocimientos.

Variable	Grupo control (n=5)			Grupo experimental (n=6)		
	Pre	Post	Seg.	Pre	Post	Seg.
Conocimientos sobre VIH/SIDA	46.67%	28.33%	28.33%	48.61%	100%	88.67%
Conocimientos sobre el uso del condón	36.67%	46.67%	46.67%	30.56%	100%	94.33%

En la tabla 7.11 se presentan las puntuaciones obtenidas en las variables psicosociales sobre el uso del condón con pareja regular, en tres momentos diferentes, en pre, post y seguimiento, se muestra en la tabla que no varía el puntaje obtenido de post a seguimiento.

Tabla 7.11. Puntuaciones obtenidas en preevaluación, post evaluación y seguimiento en las variables psicosociales sobre el uso del condón con pareja regular.

Variable	Grupo control (n=5)			Grupo experimental (n=6)		
	Pre	Post	Seg.	Pre	Post	Seg.
Creencias de seguridad y protección	3.20	3.80	3.60	4.50	5.00	5.00
Creencias negativas	3.80	3.00	2.80	2.67	2.00	2.12
Actitudes	3.60	3.00	2.80	2.67	7.00	6.00
Intención para usarlo	4.00	4.00	4.40	3.00	7.00	7.00
Autoeficacia para usarlo	3.80	3.80	3.60	3.00	7.00	7.00
Autoeficacia para usarlo en situaciones de riesgo	3.40	2.40	2.60	3.67	7.00	6.83

En el caso de las puntuaciones obtenidas en pre, post y seguimiento en las variables psicosociales sobre el uso del condón con pareja ocasional, los resultados se mantienen en las mediciones de post a seguimiento (ver tabla 7.12).

Tabla 7.12. Puntuaciones obtenidas en preevaluación, post evaluación y seguimiento en las variables psicosociales sobre el uso del condón con pareja ocasional.

Variable	Grupo control (n=5)			Grupo experimental (n=6)		
	Pre	Post	Seg.	Pre	Post	Seg.
Creencias de seguridad y protección	2.80	4.00	4.00	4.33	5.00	5.00
Creencias negativas	3.80	2.40	2.60	2.67	2.12	2.15
Actitudes	4.60	3.40	3.60	2.67	7.00	7.00
Intención para usarlo	4.80	2.80	2.80	5.50	7.00	7.00
Autoeficacia para usarlo	3.20	4.20	4.40	5.50	7.00	6.83
Autoeficacia para usarlo en situaciones de riesgo	3.20	2.80	2.80	3.50	7.00	7.00

En la tabla 7.13 se presentan las puntuaciones obtenidas en la comunicación sobre temas sexuales con la pareja, los resultados no se incrementaron de pre a post y sucede lo mismo en seguimiento; en el caso del estilo de negociación colaboración-equidad, los participantes del grupo experimental hay cambios de pre a post y esos resultados se mantienen en seguimiento.

Tabla 7.13. Puntuaciones obtenidas en preevaluación, post evaluación y seguimiento sobre la comunicación con la pareja.

Variable	Grupo control (n=5)			Grupo experimental (n=6)		
	Pre	Post	Seg.	Pre	Post	Seg.
Comunicación sobre temas sexuales con pareja	2.40	2.00	2.20	2.33	3.25	3.00
Estilos de negociación Colaboración-equidad	4.50	3.60	3.80	3.17	5.00	5.00

En la tabla 7.14 se presentan las puntuaciones obtenidas en autoeficacia para iniciar conversación con madre, padre y pareja, en el caso del grupo experimental, se observa que los participantes mantienen un nivel de autoeficacia elevado para iniciar una conversación en seguimiento.

Tabla 7.14. Puntuaciones obtenidas en preevaluación, post evaluación y seguimiento en la autoeficacia para iniciar una conversación sobre temas sexuales.

	Grupo control (n=5)			Grupo experimental (n=6)		
	Pre	Post	Seg.	Pre	Post	Seg.
Autoeficacia para iniciar conversación con madre	5.00	5.20	4.80	3.17	6.83	6.83
Autoeficacia para iniciar conversación con padre	2.80	2.80	2.80	3.33	6.83	6.83
Autoeficacia para iniciar conversación con pareja	4.00	4.40	4.20	3.17	6.83	6.83

Sobre la habilidad para negociar el uso del condón y para usarlo correctamente, se mantiene la habilidad en el seguimiento, el grupo control continúa sin las habilidades (ver tabla 7.15).

Tabla 7.15. Porcentaje de respuestas correctas en preevaluación, post evaluación y seguimiento en la demostración de habilidades.

Variable	Grupo control (n=5)			Grupo experimental (n=6)		
	Pre	Post	Seg.	Pre	Post	Seg.
Para negociar el uso del condón	40%	40%	40%	37.5%	91.75%	95.75%
Para usar correctamente el condón	10%	12.50%	12.50%	18.75%	97.92%	97.92%

Respecto a las variables del mesosistema, los resultados se mantienen de post a seguimiento en el grupo experimental, en la percepción del apoyo y supervisión de padres, así como de la comunicación sobre temas sexuales; lo mismo sucede en norma subjetiva sobre usar condón con pareja regular y ocasional, de igual forma se sienten autoeficaces para poder evitar conductas de riesgo (ver tabla 7.16).

Tabla 7.16. Puntuaciones obtenidas en preevaluación, post evaluación y seguimiento en las variables del mesosistema.

Variable	Grupo control (n=5)			Grupo experimental (n=6)		
	Pre	Post	Seg.	Pre	Post	Seg.
Padre						
Apoyo	2.80	3.40	3.20	2.80	5.00	5.00
Supervisión	2.80	3.00	2.80	3.00	4.83	4.83
Comunicación sobre temas sexuales	2.20	2.20	2.40	3.00	4.83	4.70
Madre						
Apoyo	4.40	3.40	3.20	3.17	5.00	5.00
Supervisión	4.60	3.40	3.20	3.33	4.83	4.83
Comunicación sobre temas sexuales	2.00	2.40	2.60	2.83	4.83	4.68
Amigos						
Norma subjetiva:						
Usar condón con pareja regular	4.00	3.40	3.40	3.33	7.00	7.00
Usar condón con pareja ocasional	4.00	3.00	3.00	5.33	7.00	7.00
Autoeficacia para evitar conductas de riesgo	2.20	3.80	3.60	2.50	6.67	6.67

Finalmente, en la tabla 7.17 se muestran las puntuaciones obtenidas sobre los estereotipos de género, se observa en el grupo experimental de post a seguimiento que los resultados se mantienen.

Tabla 7.17. Puntuaciones obtenidas en preevaluación, post evaluación y seguimiento sobre estereotipos de género.

	Grupo control (n=5)			Grupo experimental (n=6)		
	Pre	Post	Seg.	Pre	Post	Seg.
Ámbito interpersonal	3.20	3.00	3.80	3.17	1.17	2.00
Ámbito social	3.20	2.60	2.40	3.17	1.00	1.00

7.6 Discusión

El propósito fundamental de este tercer estudio fue evaluar los efectos de un programa de intervención sobre aquellas variables del estudio 2 que resultaron ser predictoras del uso consistente del condón, ya que los adolescentes de este estudio se encuentran recluidos en la CDIA y no es posible evaluar los efectos de dicha intervención sobre la conducta sexual protegida. Tomando esto en consideración, los resultados de este estudio se discuten atendiendo los efectos

observados en las variables incluidas en cada sistema del modelo ecológico de Bronfenbrenner. En términos generales, se encontró que antes de la intervención se obtuvieron niveles que estuvieron alrededor de la media teórica en todas las variables evaluadas, tanto en el grupo control como en el experimental, y solamente en este último se observaron incrementos, después de la intervención, cercanos a la puntuación máxima posible para cada variable. Cabe resaltar que las investigaciones de corte empírico que retoman el modelo ecológico sólo retoman algunas variables para su intervención, en su mayoría sólo son propuestas de cómo hacerlo (Banyard & Williams, 2007); DiClemente et al., 2007; Trickett, 2009). Por lo que resulta necesario probar el modelo considerando todas sus variables para poder evaluar la efectividad del modelo (Noar, 2007).

a) Patrón de comportamiento sexual

Antes de iniciar la intervención, se evaluó el patrón de comportamiento sexual de los adolescentes pertenecientes al grupo control y al grupo experimental y en ningún caso se encontraron diferencias significativas en el modo comportarse en el terreno sexual; esto indica que los grupos son homogéneos y que ambos tienen un perfil de riesgo semejante. Desafortunadamente, no fue posible evaluar su conducta sexual en postevaluación debido a que los adolescentes, al momento de aplicar los cuestionarios, se encontraban todavía como internos dentro de la comunidad y ninguno reportó haber tenido relaciones sexuales dentro de la institución durante el periodo de la intervención.

Esto es congruente por lo señalado por otros autores que han llevado a cabo programas de intervención en entornos carcelarios, tal es el caso de Eshrati et al. (2008), quienes señalan que es difícil poder evaluar los efectos de los programas de intervención en estos ambientes dado que no en todos los casos se tiene acceso a visita conyugal o no es aceptado socialmente tener relaciones sexuales dentro de la prisión; e incluso no es tan fácil el acceso a los servicios de salud (Hernández & Mejía, 2010). Por tal motivo, se evalúan en gran medida los conocimientos y creencias que poseen los participantes en torno al VIH/SIDA o al

uso del condón, habilidades de comunicación, cómo evitar transmitir el virus, adquisición de hábitos y valores (Martínez & Aledo, 2003), variables que han sido predictoras del uso consistente del condón. Dada la dificultad de poder evaluar los efectos del programa de intervención sobre el comportamiento sexual, en este estudio se optó por evaluar tales efectos sobre aquellas variables que resultaron ser predictoras directas e indirectas de la conducta sexual protegida de adolescentes en conflicto con la ley, fundamentando esta idea en lo señalado por DiClemente et al. (2004); Noar (2008); Robles (2005), de que cambios en estas variables generan cambios en la conducta sexual.

b) Microsistema

Para el programa las variables en las que se intervino en el nivel micro fueron conocimientos sobre VIH y otras ITS, actitudes hacia el uso del condón, intenciones para usar condón, autoeficacia para usar condón en relaciones sexuales, autoeficacia para usar condón en situaciones de riesgo, creencias hacia el uso del condón, autoestima, comunicación sexual con la pareja, autoeficacia para iniciar una conversación sobre temas sexuales con padre, madre y pareja, autoeficacia para evitar conductas de riesgo y el entrenamiento en habilidades para usar de manera correcta el condón y para negociar su uso

Respecto al nivel de conocimientos, se encontró que la información sobre sintomatología, transmisión y prevención del VIH, así como del uso correcto del condón, fueron bajos en ambos grupos de adolescentes antes de la intervención; después de ella únicamente se encontraron cambios en el grupo experimental, la sesión enfocada a la transmisión de la información se realizó a través de una dinámica en la que se demostraba cómo se transmite el virus, al final de la actividad se discutió sobre cómo se debe prevenir el contagio de VIH y en qué aspectos deben poner atención. Resultados similares se han encontrado en diversas investigaciones (Abdullah et al., 2003; Amirkhanian et al., 2003; James et al., 2006). Cabe mencionar que los adolescentes de manera general tenían porcentajes muy bajos de conocimientos por lo que dotar a los jóvenes de

información es el primer paso para lograr que identifiquen el riesgo de contraer el VIH, ya que cuando las personas están informadas pueden tomar una postura diferente.

Sobre las variables psicosociales, se encontró que antes de la intervención hubo diferencias significativas entre los grupos control y experimental en las variables que evalúan creencias hacia el uso del condón; sin embargo, cabe resaltar que para la postevaluación, a pesar de existir diferencias significativas la interpretación es diferente, ya que el grupo experimental redujo las creencias negativas e incrementó las creencias de protección. Esto es relevante, ya que en la medida que los adolescentes perciban que el condón puede protegerlos puede asociarse con un comportamiento sexual preventivo, tal y como lo demuestran diversas investigaciones (Coyle et al., 2004; Gallegos et al., 2008).

De igual forma, el programa de intervención también propició el incremento en las actitudes favorables hacia el uso del condón, en la intención para usarlo y en sentirse más eficaces para usar condón. Posiblemente este hallazgo se deba, por un lado, al uso de la estrategia de *anuncio publicitario*, la cual se ha visto en otros estudios que contribuye para que los adolescentes desarrollen una mejor actitud hacia el uso del condón (Callejas et al., 2005), y por otro lado, al entrenamiento utilizado en habilidades para mejorar la eficacia para usar condón (Amirkhanian et al., 2003; DiClemente et al., 2004).

Los constructos relacionados con intenciones, autoeficacia y actitudes se evaluaron tanto con pareja ocasional como con pareja regular, se puede observar que los adolescentes tienen mayor intención para usar condón, una actitud más favorable y se sienten más capaces para usarlo en su próxima relación sexual con una pareja ocasional que con la pareja regular. Algunas explicaciones al respecto señalan que esto se debe a que con la pareja ocasional no existe confianza y que por ello prefieren protegerse y usar condón (Piña, 2004; Robles & Díaz-Loving, 2007) o porque a la pareja no le gusta usarlo, no dispone de condones al momento del encuentro sexual o porque le resta placer a la relación sexual (Piña & Urquidi, 2006).

Como se puede observar, en el caso de las variables psicosociales, se encontraron diferencias significativas a favor del grupo experimental; cabe mencionar que los cambios deben considerarse en conjunto, dado que al incrementar el nivel de información y de desarrollar las habilidades para negociar el uso del condón y de cómo usarlo de manera correcta pudo haber favorecido el cambio en estas variables. De igual forma, el cambio favorable en la intención para usar condón es relevante, dado que en el estudio diagnóstico, resultó ser un predictor de la consistencia en el uso del condón, lo que haría suponer que cuando los adolescentes salgan de la institución, estos tengan la intención de quererlo usar en su encuentro sexual.

Por otro lado, respecto a los efectos de la intervención sobre la autoestima, no se encontraron cambios en las medias obtenidas en pre y post evaluación, en ambos casos los adolescentes reportaron tener una buena autoestima, esto es probable debido a que en el programa sólo se hizo énfasis en esta variable en una sola sesión, por lo que sería necesario trabajar con un mayor número de sesiones y usar otras estrategias para mejorar la autoestima de los jóvenes, como por ejemplo, utilizar estrategias para empoderar a los jóvenes; o crear estrategias que impacten sobre la toma de decisiones (Harper et al., 2009; Watson et al., 2004).

Como se ha podido observar en la presente investigación, la autoestima parece no jugar un papel muy importante en la conducta sexual; por ende es necesario evaluar a otra muestra de adolescentes en conflicto con la ley para identificar si ocurre lo mismo; ya que probablemente, en esta muestra evaluada no tenga un peso directo sobre el comportamiento sexual; tal vez son otros aspectos los importantes para estos jóvenes, como lo es la influencia de los amigos.

Respecto de la comunicación con padres y pareja, en la intervención se evaluó la autoeficacia para hablar con sus padres sobre algún tema sexual, los resultados obtenidos mostraron que antes de la intervención no se sentían tan capaces de poder hacerlo. Sin embargo, al término del programa, los adolescentes del grupo experimental sí se consideraron más capaces de poderlo hacer; para ello se acompañó de tareas en donde se les pedía a los adolescentes que durante la visita familiar hablaran sobre el taller o sobre algún tema sexual; en

donde de manera indirecta se buscaba que los padres lo hicieran y de esa manera comenzaran a interesarse sobre el tema; aunque esto no se pudo constatar. Se recomienda que en futuras investigaciones, se trabaje con los padres para poder comprobar si esto impacta en ellos (Czuchry et al., 2009; Kaljee et al., 2005).

Los adolescentes del grupo experimental mostraron, después de la intervención, tener un estilo de negociación de colaboración-equidad sobre el uso del condón; lo cual puede suponer que pueden tener éxito para usar condón en sus relaciones sexuales (Robles, 2005; Robles, Moreno et al., 2006). Cabe mencionar que para que los adolescentes tuvieran este estilo se trabajó en el entrenamiento para desarrollar la habilidad para negociar el uso del condón, a través de él. Cabe mencionar de que a pesar de que los adolescentes reportaron tener un estilo de colaboración-equidad cuando se realizó la pre-evaluación los adolescentes no eran capaces de utilizar ese estilo para negociar su uso, por lo que se pone de relieve la importancia de evaluar no sólo lo que ellos creen que hacen sino de evaluar a través de la observación directa sus habilidades.

Sobre la habilidad para negociar el uso del condón, se encontró que los adolescentes del grupo experimental mejoraron su habilidad y pudieron negociar el uso del condón dando argumentos y debatiendo lo que la pareja les decía para no usarlo; esto se realizó a través del juego de roles, en donde se les ponía en una situación en donde su pareja no quería usar condón y ellos, sí; se les daba cierto tiempo para que ellos negociaran con su pareja el uso del condón.

En las investigaciones realizadas por Anderson et al. (2006) y por Czuchry et al. (2009), se encontró que mejorar las habilidades conductuales de negociación del uso del condón incrementa el uso del condón en los participantes. Esto es importante resaltar dado que, como ya se mencionó, no fue posible evaluar la conducta sexual después de la intervención. De igual forma, se resalta la importancia de que cuando se negocia el uso del condón y se obtiene lo deseado, se sienten más capaces de poderlo negociar; para lo cual es necesario que tengan información sobre las ventajas del condón en las relaciones sexuales para que puedan tener los argumentos necesarios para poderlo negociar; tal y como se consideró en el programa de intervención; dado que se encontró en la

postevaluación, que los adolescentes retomaban los datos proporcionados en el taller para dar sus argumentos.

Respecto de la habilidad para usar correctamente el condón, los hallazgos de este estudio muestran diferencias significativas, después de la intervención, entre los grupos control y experimental. Aquellos que fueron entrenados, tuvieron mayor porcentaje de respuestas correctas, dicho entrenamiento a través de las técnicas de aprendizaje estructurado ha sido efectivo con otras poblaciones (Robles, 2005; Robles, Moreno et al., 2006).

El desarrollo de esta habilidad es fundamental, dado que se ha encontrado que cuando las personas se sienten autoeficaces para usar condón, no necesariamente implica que sepan usar de manera correcta; e incluso aquellos que reportan usar el condón, no se sabe si lo usan de principio a fin durante el acto sexual; ya que con el sólo intercambio de fluidos es suficiente para contagiarse de VIH; en ese sentido el que los adolescentes desarrollen la habilidad a través de un pene de enseñanza puede favorecer el que ellos lo realicen en su contexto natural.

En conclusión, se observa que los adolescentes tuvieron cambios en los aspectos relacionados con el microsistema, de acuerdo a los puntajes más bajos sobre el nivel de información y al desarrollo de habilidades; se puede observar en post-evaluación que los cambios fueron muy altos cercanos al 100%; lo cual nos haría suponer que una vez que los adolescentes se encuentren fuera de la institución tengan las herramientas necesarias para tener una conducta sexual segura.

c) Mesosistema

Las variables en las que se intervino en este nivel fueron sobre el apoyo y supervisión paterna y materna, comunicación sexual entre padres e hijos, norma social del grupo de pares y conducta de riesgo de los amigos.

Para evaluar los efectos del programa de intervención sobre las variables del mesosistema, que involucra a sus padres y amigos, en las sesiones se discutió

la importancia que tienen sus padres sobre su conducta, e incluso se dejaron algunas tareas encaminadas a que hablaran con sus padres, para ver si de esa forma se podría impactar en la forma en cómo ellos supervisan y apoyan a sus hijos; respecto al grupo de pares, la discusión giró en torno a cómo sus amigos influyen en su conducta y cómo evitar dejarse llevar por ellos para tener conductas de riesgo.

En este nivel, se encontró que el grupo experimental incrementó la percepción sobre el apoyo y supervisión recibida por parte de sus padres y también fue mayor la frecuencia de comunicación sobre temas sexuales. Estos resultados deben ser tomados con reserva; como se ha mencionado no se tuvo la oportunidad de una evaluación hacia los padres, y no se sabe con certeza que tanto los cambios se debieron a la intervención; o fue cuestión de deseabilidad social, en donde probablemente los adolescentes respondieron en función de lo que ellos creían que se esperaba de ellos.

Aunque estos cambios a favor harían suponer que se asocian a conductas preventivas (Andrade et al., 2006; Baptiste et al., 2007; Pinto & McKay, 2006); no necesariamente implica que para estos adolescentes sea así. Para tener mayor certeza sobre estos cambios, se sugiere incorporar algún instrumento que evalúe deseabilidad social e incluso trabajar directamente con los padres; probablemente tener sesiones con padres e hijos; y sesiones sólo con padres, y sesiones sólo con hijos, para de esta forma poder comparar y analizar cómo se dan los cambios y a qué se deben (Mathew et al., 2006; Vélez-Pastrana et al., 2005; Wang et al., 2007).

Sobre la influencia que puedan tener de sus amigos sobre el comportamiento sexual, se intervino sobre la norma subjetiva para usar condón; y solo se encontraron cambios en la norma subjetiva para usar condón con pareja regular; en el caso de la norma subjetiva para usar preservativo con la pareja ocasional no hubo cambios, esto probablemente se deba a que desde el inicio el grupo experimental tenía puntajes más altos en comparación con la pareja regular.

La importancia de que los adolescentes consideren que para sus amigos sea importante el que usen condón; se relaciona con el incremento en su uso en

las relaciones sexuales (Anderson et al., 2006; Williams et al., 2006); y es mayor la intención de usar condón en la próxima relación sexual (Gallegos et al., 2008); y en el caso particular de los adolescentes resulta importante evaluar la influencia del grupo de pares ya que están en una edad en donde se dejan influenciar por los amigos (Zimmerman et al., 2008).

En el estudio diagnóstico (ver capítulo 2), una de las variables que resultó predictora de la consistencia del uso del condón, fue el que los amigos tuvieran conductas de riesgo; para el programa de intervención, la manera de intervenir sobre esta variable fue a través de la autoeficacia para evitar conductas de riesgo de los amigos; es decir, qué tan capaces se sienten de poder evitar hacer lo que sus amigos realizan, como por ejemplo, tener relaciones sexuales, robar, hacer daños a lugar públicos entre otros, los adolescentes del grupo experimental al término de la intervención se consideraron más autoeficaces para evitar conductas de riesgo.

Sobre este tema, es necesario profundizar en el programa de intervención, ya que la influencia que perciben de sus amigos es alta; y esta población se caracteriza por tener mayores incidentes escolares y familiares; entre ellos, consumo de sustancias, maltrato en el hogar, detenciones, riñas (Herrera et al., 2013; Mariño, 2012); y dichas conductas se asocian con lo que hacen sus amigos (Gaxiola et al., 2011).

En conclusión, se observaron cambios significativos en las variables del mesosistema, lo que haría suponer que si los adolescentes pueden hablar más con sus padres sobre temas sexuales, esto puede impactar en la comunicación con la pareja, en el estilo de negociación para usar el condón y por ende, en la consistencia para usar el condón, como se observó en el estudio diagnóstico. De igual forma es necesario trabajar con los adolescentes para que no sólo se sientan autoeficaces para evitar conductas de riesgo sino que se entrenen habilidades para que aprendan a hacerlo, ya que de igual forma, esta variable fue un predictor directo de la consistencia en el uso del condón.

d) Macrosistema

En este nivel, únicamente se trabajó sobre estereotipos de género. Los adolescentes que se encontraban en el grupo experimental redujeron sus creencias estereotipadas de hombres y mujeres, fue menor el porcentaje de adolescentes que creyeron que *el hombre es superior a la mujer* o que *un buen esposo es que el provee económicamente a su familia*. En los programas de intervención es necesario trabajar sobre el rol de género y las relaciones de poder que se establecen en la pareja para promover el uso del condón (Czuchry et al., 2009); y de acuerdo con Centeno (2008), también se deben crear estrategias encaminadas a reducir el estigma y la discriminación de las personas infectadas dado que hay una estrecha relación con el comportamiento sexual. Este último punto no fue considerado dentro del programa de intervención. Solo se incluyó una actividad sobre los mitos y creencias sobre la homosexualidad porque a pesar de que esta actividad no estaba considerada en un inicio dentro del programa de intervención, durante la aplicación llegó a las instalaciones un adolescente con VIH que era homosexual; y como una necesidad de que la comunidad lo aceptara dentro del dormitorio, se decidió incorporar esta actividad.

Estas creencias estereotipadas que tienen los adolescentes, finalmente van regulando sus prácticas y modos de interactuar (Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005); y a pesar de que en la preevaluación, los adolescentes no presentaron una visión estereotipada de hombres y mujeres; sí la tuvieron respecto a la homosexualidad.

De acuerdo con Mooney y Sarangi (2005), es necesario conocer el medio en el que se desenvuelve la persona para conocer cuáles podrían ser sus creencias y problemas que se pueden presentar y con base en ello crear estrategias de afrontamiento a la situación, por lo que conocer los estereotipos que poseen facilita que la intervención se dirija a la protección durante las relaciones sexuales y que los estereotipos sólo son creencias que pueden entorpecer la manera de actuar en el terreno sexual.

De igual forma, se recomienda que para poder intervenir en el nivel macro, se incorpore al personal de la institución para poder abordar la prevención del VIH y si es posible que los adolescentes puedan tener acceso a condones dentro de la institución.

e) Seguimiento un mes después

Un mes después de la postevaluación, se realizó un seguimiento. Desafortunadamente el porcentaje de sujetos fue muy bajo lo que no permitió que se realizará un análisis estadístico que permitiera saber si los efectos de la intervención se mantuvieron o no. En los pocos casos que se evaluaron los resultados de posttest y seguimiento fueron muy similares, lo que se interpretaría como que los cambios se mantuvieron; sin embargo, se deben tomar estos resultados con reserva.

Dentro de la literatura existe una gran cantidad de intervenciones en las cuales no es posible realizar el seguimiento debido a la dispersión de los participantes, por lo difícil de mantener el contacto con ellos (Beets et al., 2009; Czuchry et al., 2009; Lapinski et al., 2009; Williams et al., 2009).

Sin embargo, se recomienda para evitar que la mortalidad que las sesiones o el tiempo entre una sesión y otra, sean menos; y lo más importante, que se haga un seguimiento con los adolescentes una vez que estos salgan de la Comunidad para evaluar los efectos sobre la conducta sexual.

f) *Limitaciones y recomendaciones del estudio*

1. En la mayoría de los programas de intervención con personas sexualmente activas se espera que los efectos se vean reflejados en una conducta sexual preventiva (Butler et al., 2013). Sin embargo dado que los adolescentes se encontraban internados en una comunidad no fue posible hacerlo. Se sugiere hacer un seguimiento pero una vez que los adolescentes hayan egresado de la comunidad, y que esté centrado en el comportamiento sexual, principalmente sobre el uso del condón, para ello

se sugiere solicitar un medio de contacto para que una vez fuera se les haga la invitación a participar en responder un cuestionario de autoreporte sobre su conducta sexual.

2. Para elegir a qué dormitorio se le aplicaría el programa de intervención se realizó un procedimiento aleatorio, lo que dificultó el establecimiento de grupos apareados; sin embargo, se realizó un análisis de diferencias entre las características sociodemográficas y del patrón de comportamiento sexual; y no se encontraron diferencias, lo que podría suponer que fueron grupos homogéneos. Se sugiere hacer la intervención en cada grupo en tiempos diferentes para evitar la socialización del taller entre los adolescentes.
3. Se realizaron cinco sesiones una vez a la semana y tres evaluaciones en tres momentos diferentes, dando un total de ocho semanas en las que se requería a los adolescentes para poder evaluarlos, sin embargo dada la fluctuación de los jóvenes y de que no todos ingresan al mismo tiempo, no fue posible evaluarlos en los tres momentos, por lo que es necesario crear intervenciones breves que permitan que no haya mortalidad experimental; o capacitar al personal para que trabaje con los adolescentes desde su ingreso a la comunidad.
4. Los adolescentes del grupo experimental tuvieron cambios a favor en comparación con el grupo control, pero no se sabe qué tanto los resultados se debieron a una deseabilidad social; es decir, que hayan respondido favorablemente por empatía o porque los adolescentes después de la intervención consideren que eso es lo que deberían hacer; por lo que se sugiere incluir algún instrumento que permita conocer si efectivamente los adolescentes están respondiendo en función de lo que creen o de lo que desea el investigador.
5. Se trabajó únicamente con los adolescentes, por se considera necesario tener al menos una sesión de intervención con los padres y los adolescentes para entrenarlos para que hablen con sus hijos sobre sexualidad.

g) Conclusiones de la implementación del programa de intervención

Derivado del análisis de los resultados del presente estudio, se presentan las siguientes conclusiones, mismas que podrían considerarse para el diseño de futuros programas de intervención dirigidos a adolescentes que se encuentran en conflicto con la Ley.

El programa de intervención resultó ser efectivo para cambiar variables de tipo psicosocial, como creencias, actitudes e intenciones para usar condón en relaciones sexuales; y también resultó efectivo en el desarrollo de habilidades para usar el condón de manera correcta y para negociar su uso con la pareja.

De igual forma, resultó efectivo para cambiar la percepción de los adolescentes sobre el apoyo y supervisión de los padres; así como en la frecuencia con la que se comunican sobre diferentes temas sexuales; aunque es necesario tener al menos una sesión con los padres para evaluar cómo apoyan, supervisan y cómo hablan con sus hijos sobre sexualidad; e inclusive cuáles son sus expectativas para hablar con sus hijos sobre sexo y qué tanto saben sobre el tema; y desarrollar en ellos la habilidad para hablar con sus hijos sobre sexualidad.

Resulta adecuado hacer intervenciones breves dado que el entorno en el que se encuentran no permite el mantenimiento prolongado de los adolescentes; se tienen que buscar estrategias que permitan evaluar los efectos del programa de intervención sobre la conducta sexual.

CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES GENERALES

- El objetivo de la presente investigación fue evaluar la efectividad de un programa de prevención del VIH/SIDA, diseñado a partir del Modelo ecológico de Bronfenbrenner, y con ello contribuir con la promoción de la salud sexual de una muestra de adolescentes en conflicto con la ley, encontrándose diferencias significativas entre el grupo control y experimental, con cambios positivos a favor de este último.
- Dentro de las características sociodemográficas de estos adolescentes se encontró que la edad promedio es de 16 años; su nivel de estudios se encuentra en su mayoría en el nivel secundaria; aunque cabe resaltar que un alto porcentaje no tiene ningún tipo de estudios (22.1%); en general tienen un nivel socioeconómico bajo y más del 80% de los adolescentes se encontraba en la institución por robo; el porcentaje restante se encontraba por privación ilegal de la libertad, homicidio, lesiones, daños a la salud, violación y delincuencia organizada, en ese orden de frecuencia.
- Otra de las características de los adolescentes es que un alto porcentaje consume bebidas alcohólicas y drogas. En la presente investigación, únicamente se preguntó sobre su consumo y en qué frecuencia, el resto del análisis se centró en las relaciones sexuales bajo sus efectos. Por este motivo aunque no fue el foco principal de la presente investigación, se encontró que es necesario trabajar con estos adolescentes sobre la adicción que pudieran tener y cómo han enfrentado la situación dentro de la institución para mantenerse sin los efectos del consumo (Mariño, 2012; Salazar-Estrada et al., 2011).
- En este sentido, también hizo falta profundizar sobre la frecuencia de consumo de drogas inyectables y de qué forma lo hacen, así como el uso de tatuajes, ya que son factores de riesgo sexual asociados con ITS y VIH. Por ello, se sugiere incorporar al programa alguna sesión sobre la precaución que se debe tener con este tipo de prácticas.

- Dentro de las mismas características sociodemográficas de los adolescentes en conflicto con la ley, en la literatura se han identificado algunas variables familiares y sociales que distinguen a este tipo de población, por ejemplo, tienen mayores incidentes escolares y familiares; entre ellos, maltrato en el hogar, detenciones, riñas, y un estado general de salud más deteriorado (Herrera et al., 2013; Oviedo-Joekes et al., 2005). Entonces, valdría la pena indagar algunas de estas cuestiones que pudieran estar relacionados con la conducta de riesgo sexual. Por ejemplo, no se preguntó sobre la presencia de actos delictivos en los padres (Salazar-Estrada et al., 2011); esto es importante retomar en futuras investigaciones dado que conocer esto puede ayudar a caracterizar a las familias de estos adolescentes para tratar de modificar estos hábitos de comportamiento, dado que es en la familia en donde se transmiten valores, tradiciones y costumbres en donde se aprende qué hacer y cómo hacerlo (Padilla & Díaz-Loving, 2013; Rocha-Sánchez & Díaz-Loving, 2005).
- Los adolescentes reportaron que cerca del 10% de ellos han tenido algún embarazo no planeado, lo que indica que estas situaciones se extienden no sólo a los adolescentes sino al contexto familiar y social en el que se encuentran, por lo que se sugiere hacer intervenciones con los padres, para que sean estos los encargados de promover la salud sexual en sus hijos.
- Además de lo anterior, es necesario identificar otros aspectos vinculados al tipo de relación que establecen con los integrantes de su familia; como por ejemplo, sobre el apoyo y supervisión parental; vincular esta información con el tipo de relación que establecen los adolescentes con sus padres puede dar herramientas que permitan comprender si para estos adolescentes el apoyo y supervisión depende del tipo de relación personal que establecen con sus padres y, probablemente, lo que se tenga que cambiar sea el tipo de relación.
- Por otro lado, en los centros de reclusión es difícil establecer programas que atiendan las diversas problemáticas que presenta la población (Hernández & Mejía, 2010); sin embargo, se deben generar estrategias a nivel institucional dado que la mayoría tarde o temprano saldrá de la situación de encierro y de

no atenderlos de manera oportuna, repercutirá en sus familia y en su comunidad en general (Senteio et al., 2010). Por lo que se debe entrenar al personal de la Comunidad para que sean ellos quienes evalúen e intervengan con los adolescentes y que estos programas de intervención sean constantes y permanentes dadas las características de riesgo sexual que presentan los jóvenes.

- Respecto de los estudios previos a la intervención, se buscó la validación de instrumentos que permitieran evaluar los constructos de cada uno de los diferentes niveles propuestos por el Modelo ecológico. En general, se encontraron propiedades psicométricas adecuadas, cada una de las escalas tuvieron un nivel de confiabilidad aceptable; cabe mencionar que todos los instrumentos elegidos en un primer momento estaban validados con población escolar, principalmente estudiantes de preparatoria y universidad; por lo que la mayor parte de los cambios estuvieron en términos del lenguaje característico de esta población.
- Uno de los principales problemas de este primer estudio fue que dadas las características del modelo, se emplearon una gran diversidad de instrumentos para evaluar cada uno de los constructos propuestos; a pesar de proponer una versión breve de ellos, la aplicación tardó aproximadamente una hora. Hay que recordar que la gran mayoría de los adolescentes no están acostumbrados a un contexto escolar, lo cual generó cansancio y agotamiento, por lo que se sugiere que la aplicación de los instrumentos se realice en al menos dos momentos diferentes, dado que no se puede eliminar variables si lo que se espera es considerar el papel que juegan todas las variables del modelo.
- Una de las ventajas de la investigación fue que se tuvo una visión global de todas las variables que componen el modelo, y que de acuerdo con Robles y Diaz-Loving (2011), se debe contar con información sobre la totalidad de las variables que definen al modelo y mostrar información sobre el proceso de validación de los instrumentos que midan sus constructos; todo ello para tener

un sustento conceptual congruente con la teoría con la cual se esté trabajando, aspecto que se cuidó en la presente investigación.

- Con base en los instrumentos validados, se realizó un estudio diagnóstico para identificar el perfil de riesgo sexual de los adolescentes. De manera general se encontró que los adolescentes presentan un perfil de riesgo, dado que han iniciado su vida sexual a edades tempranas, tienen múltiples parejas sexuales, algunos de ellos han tenido sexo en las instalaciones de la Comunidad; más del 60% de los adolescentes no usa de manera sistemática el condón; y un alto porcentaje ha consumido alcohol y drogas y no usan condón bajo su influencia; a raíz de este comportamiento hay adolescentes que ya tienen un hijo antes de los 18 años o su pareja ha tenido un embarazo no planeado o un aborto. Al encontrar estos resultados, la presente investigación cobró sentido, ya que en población adolescente que no está en conflicto con la ley y que se encuentran en contextos escolares se ha encontrado que muy pocos reportan tener una vida sexual activa (Bárcena et al., 2013), y sorprende cómo en la presente investigación más del 95% de los adolescentes cumplía con el criterio de inclusión, que era ser sexualmente activos.
- Para poder identificar aquellos factores que se asocian con la consistencia del uso del condón, se realizó un análisis de regresión múltiple; como ya se mencionó, se encontraron correlaciones bajas; lo recomendable es que se consideren para el análisis únicamente aquellas mayores a 0.4 (Montgomery, Peck, & Vining, 2011). Sin embargo, el problema surge cuando se tienen muestras grandes en donde por la cantidad de sujetos, las correlaciones pueden ser significativas aunque sea muy bajo el coeficiente de correlación; por lo que esto se vio reflejado en el análisis de regresión, dado que se encontraron R^2 muy bajas; lo cual puede indicar que no son buenos predictores; y en aquellas que salieron muy altas podría haber colinealidad entre variables.
- Es por ello que los resultados obtenidos deben ser tomados con reservas; sin embargo, cabe mencionar que el objetivo del estudio sólo fue contar con un

diagnóstico que permitiera conocer aquellos indicadores para el desarrollo del programa de intervención. Con base en lo encontrado, los indicadores en los que se puso atención fueron, la intención para usar condón, el estilo de negociación colaboración-equidad y las conductas de riesgo de los amigos.

- Con base en ello, se podría suponer que para que un adolescente use de manera consistente el condón con pareja regular, dependerá de que trate de llegar a un acuerdo con su pareja para protegerse sexualmente (colaboración-equidad), que sus amigos no tengan conductas de riesgo y que tenga la intención de querer usarlo en su próxima relación sexual. Se sugiere continuar evaluando el modelo con adolescentes en conflicto con la ley, e incluso con otro tipo de adolescentes; para identificar cómo se comporta el modelo y con base en ello tener mayor certeza de si estas variables que se identificaron como predictoras son constantes; de igual forma permitirá conocer si el modelo se comporta igual en muestras diferentes.
- Con base en el diagnóstico, se diseñó el programa de intervención que fue el punto central de la presente investigación. A partir de la revisión de la literatura se encontraron pocas investigaciones que realizaran intervención con base en el Modelo ecológico; y en aquellas que lo hicieron, sólo retomaron uno o dos niveles de los propuestos (Cornish & Campbell, 2009; Trickett, 2009).
- En este sentido, también se sugiere que dentro de la intervención se considere la inclusión de la pareja dentro de las sesiones (Pinto & McKay, 2006) y de aquellas personas significativas que influyen en la conducta sexual, como lo son los padres (Baptiste et al., 2007). Generalmente, la idea de trabajar con otras personas además de los adolescentes, puede ser más favorable para población abierta que en aquellos en donde hay un contexto de encierro; sin embargo, no necesariamente es así, ya que se deben buscar las estrategias para, por un lado trabajar con los padres para ayudarlos a que sus hijos eviten conductas de riesgo; y por otro lado, a través de los adolescentes, dotarlos de herramientas para que puedan hacer frente a su pareja y puedan tener una conducta sexual preventiva.

- Los resultados obtenidos a partir del programa de intervención mostraron cambios a favor del grupo experimental, en comparación al grupo control; de manera general, los adolescentes incrementaron el nivel de información en torno al VIH y uso del condón, tuvieron creencias y una actitud más favorables para usar condón; se sintieron más eficaces para usar el condón con su pareja ante situaciones de riesgo; de igual forma, incrementaron la frecuencia de la comunicación con padres, así como la percepción que tienen de ello sobre el apoyo y supervisión; también se sintieron más autoeficaces para evitar realizar lo que sus amigos hacen en términos de conductas de riesgo, como participar en riñas, faltar a la escuela, entre otras; también mostraron mayor habilidad para negociar el uso del condón y para usarlo de manera correcta.
- Con base en los resultados obtenidos, se muestra que el programa de intervención fue efectivo en el cambio de variables de tipo cognoscitivo y conductual; así como en la percepción que tienes respecto a sus padres y grupo de pares. Sin embargo, como ya se mencionó no fue posible evaluar los resultados sobre la conducta sexual; aspecto fundamental que permite identificar si efectivamente los adolescentes pudieron aplicar lo aprendido en su contexto real y natural (Robles, 2005).
- Se sugiere para futuras investigaciones, hacer un seguimiento una vez que los adolescentes hayan salido de la institución y evaluar si efectivamente tienen una conducta sexual protegida. En la presente investigación a partir de la evidencia empírica, se puede suponer que al lograr estos cambios, los adolescentes cuando se enfrenten a una situación sexual, tendrán un comportamiento preventivo.
- Cabe mencionar que en las variables en las que no se tuvo impacto fueron en la frecuencia de la comunicación sobre temas sexuales con la pareja y en autoestima; sobre el primer punto, fue precisamente porque la gran mayoría de los adolescentes no tenían contacto con ella; y sobre el segundo punto, sólo se dedicó una sesión para abordar este tema; y para el desarrollo de la autoestima, se requiere de un proceso que lleva tiempo y que con una sólo sesión no iba a ser suficiente (Vazquez et al., 2004).

- Este resultado pone en evidencia que el estudio con adolescentes en conflicto con la ley requiere trabajar con múltiples programas que atiendan diferentes necesidades de acuerdo con las problemáticas detectadas en esta comunidad; como por ejemplo, desarrollo de la autoestima, consumo de drogas, conducta delictiva, sexualidad, violencia, entre otras.
- Para ello se requiere contar con profesionales que entrenen al personal para que sean ellos los encargados de impartir estos programas; ya que ellos son los que día a día se encuentran en la vida cotidiana de los adolescentes. También se requiere evaluar al personal de la institución (Belenko et al., 2004), e identificar qué tanto se involucran en la salud sexual de los adolescentes y si están o no capacitados para atender esta demanda.
- Finalmente, es necesario continuar trabajando en el diseño y aplicación de programas de intervención para ayudar a los jóvenes a tener una vida digna y que puedan insertarse en su medio, sin necesidad de cometer actos que los pongan en riesgo.

REFERENCIAS

- Abdullah, A. S., Ming, C. Y., Seng, C. K., Ping, C. Y., Fai, C. K., Wing, F. Y. et al. (2003). Effects of a Brief Sexual Education Intervention on the Knowledge and Attitudes of Chinese Public School Students. *Journal of HIV/AIDS Prevention in Children & Youth*, 5(3-4), 129-149.
- Adams, J., Nowels, C., Corsi, K., Long, J., Steiner, J., & Binswanger, I. (2011). HIV Risk After Release Recuperado de Prison: A Qualitative Study of Former Inmates. [Epidemiology and Prevention.]. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes August*, 57(5), 429-434.
- Adoga, M. P., Banwat, E. B., Forbi, J. C., Nimzing, L., Pam, C. R., Gyar, S. D. et al. (2009). Human immunodeficiency virus, hepatitis B virus and hepatitis C virus: sero-prevalence, co-infection and risk factors among prison inmates in Nasarawa State, Nigeria. *Journal of Infection in Developing Countries*. 2009, 3(7), 539-547.
- AIDSTAR-One. (2012). Uso de drogas y transmisión del VIH en América Latina. Recuperado de http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAR-One_uso_de_drogas_y_transmision_del_VIH_en_america_latina.pdf
- Ajzen, I. (1985). Recuperado de intentions to actions: a theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action control from cognition to behavior* (pp. 11-39). New York: Springer-Verlag.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. In Prentice-Hall (Ed.). New York.
- Alba, L. (2010). Salud de la adolescencia en Colombia: Bases para una medicina de prevención. *Univ. Méd. Bogotá*, 51(1), 29-42.
- Albarracín, D., Durantini, M. R., & Earl, A. (2006). Empirical and Theoretical Conclusions of an Analysis of Outcomes of HIV-Prevention Interventions. *Current Directions in Psychological Science*, 15(2), 73-78.
- Amirkhanian, Y., Kelly, J., Kabakchieva, E., McAuliffe, T., & Vassileva, S. (2003). Evaluation of a social network HIV prevention intervention program for young men who have sex with men in Russia and Bulgaria. *AIDS Education and Prevention*, 15(3), 205-215.
- Anderson, E., Wagstaff, D., Heckman, T., Winett, R., Roffman, R., Solomon, L. et al. (2006). Information-motivation-behavioral skills (IMB) model: Testing direct and mediated treatment effects on condom use among women in low-income housing. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, 31(1), 70-79.
- Andrade, P., Betancourt, D., & Palacios, J. (2006). Factores familiares asociados a la conducta sexual en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*(15), 91-101.
- Armendáriz, A., & Medel, B. (2010). Propuesta de intervención para prevenir el embarazo en adolescentes. *Synthesis*, 19-24.
- Arp, W. (2009). Race, incarceration and HIV/AIDS in Louisiana. Risky sexual behavior demands mandatory testing. *Race, Gender & Class*, 16(1-2), 228-237.
- Auerbach, J., & Coates, T. (2000). HIV prevention research: accomplishments and challenges for the third decade of AIDS. *The American Journal of Public Health*, 90(7), 1029-1032.
- Ayanwale, L., Moorer, E., Shaw, H., Habtemariam, T., Blackwell, V., Foster, P. et al. (2008). Perceptions of HIV and prevention education among inmates of Alabama prisons. *American Journal of Health Studies*, 23(4), 179-184.
- Ayoola, A. B., Nettleman, M., & Brewer, J. (2007). Reasons for Unprotected Intercourse in Adult Women. *Journal of Women's Health*, 16(3), 302-310.

- Bandura, A. (1999). Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual (pp. 19-54, 223-244.). España: Desclée de Broker.
- Banyard, V. L., & Williams, L. M. (2007). Adolescent survivors of sexual abuse: developmental outcomes. *Prevention Researcher, 14*(2), 6-10.
- Baptiste, D., Tolou-Shams, M., Miller, S., McBride, C., & Paikoff, R. (2007). Determinants of parental monitoring and preadolescents sexual risk situations among African American families living in urban public housing. *Journal of Child and Family Studies*(16), 261-274.
- Bárcena, S., Robles, S., & Díaz-Loving, R. (2013). El Papel de los padres en la salud sexual de sus hijos. *Acta de Investigación Psicológica, 3*(1), 956-968.
- Bayés, R. (1992). Variaciones sobre un modelo de prevención de enfermedad y su aplicación al caso del SIDA. *Acta Comportamental, 0*, 33-50.
- Beets, M., Flay, B., Vuchinich, S., Snyder, F., Acock, A., Li, K.-K. et al. (2009). Use of a social and character development program to prevent substance use, violent behaviors and sexual activity among-elementary-school students in Hawaii. *American Journal of Public Health, 99*(8), 1438-1445.
- Belenko, S., Langlely, S., Crimmins, S., & Chaple, M. (2004). HIV risk behaviors, knowledge, and prevention education among offenders under community supervision: A hidden risk group. *AIDS Education and Prevention, 16*(4), 367-385.
- Berkman, A., Garcia, J., Munoz-Laboy, M., Paiva, V., & Parker, R. (2005). A Critical Analysis of the Brazilian Response to HIV/AIDS: Lessons Learned for Controlling and Mitigating the Epidemic in Developing Countries. *American Journal of Public Health, 95*(7), 1162-1172.
- Biswas, B., & Vaughn, M. (2011). Really troubled girls: Gender differences in risky sexual behavior and its correlates in a sample of juvenile offenders. *Children and Youth Services Review 33*, 2386-2391.
- Braithwaite, R., & Arriola, K. (2003). Male prisoners and HIV prevention: A call for action ignored. *American Journal Public Health, 93*, 759-763.
- Brendgen, M., Wanner, B., & Vitaro, F. (2007). Peer and teacher effects on the early onset of sexual intercourse. *American Journal of Public Health, 97*(11), 2070-2075.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós.
- Butler, T., Richters, J., Yap, L., & Donovan, B. (2013). Condoms for prisoners: no evidence that they increase sex in prison, but they increase safe sex. *Sexually Transmitted Infections, 89*, 377-379.
- Cabral, J., Cruz, C., Ramos, U., & Ruíz, P. (2008). Atlas ITS. Manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento. Recuperado de http://new.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=303&itemid=329
- Cabrera, V., González, M. & Guevara, I. (2012). Estrés parental, trato rudo y monitoreo como factor asociado a la conducta agresiva. *Universitas Psychological, 11*(1), 241-254.
- Caldwell, R., Beutler, L., Ross, S. & Silver, N. (2006). Brief report: An examination of the relationship between parental monitoring, self-esteem and delinquency among mexicanamerican male adolescents. *Journal of Adolescence, 29*, 459-464.
- Callejas, S., Fernández, B., Méndez, P., León, T., Fábrega, C., Villarín, A. et al. (2005). Intervención educativa para la prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la Ciudad de Toledo. *Revista Española de Salud Pública, 79*(5), 581-589.

- Cardona, D., Berbesí, D., & Segura, Á. (2012). Comportamiento de las consultas por infecciones de transmisión sexual. Medellín, Colombia 2002-2006. *Investigaciones Andina*, 14(25), 560-575.
- Cármaco, C., Blitchein-Winicki, D., Valverde, A., Best, J., Suárez-Ognio, L., Campos, J. et al. (2003). Estudio basal de prevalencia de sífilis y VIH y comportamientos asociados en población privada de la libertad, Perú 1999. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 20(1), 9-14.
- Castro, I. (2010). Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 9(5), 705-716.
- CENSIDA. (2004). Manual para capacitadores en el manejo sindromático de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Recuperado de <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7609.pdf>
- CENSIDA. (2007). Guía sobre Prevención de VIH, para personal que Trabaja en Centros Penitenciarios. Recuperado de <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/CENSIDA/guia%20prevencion%20en%20carcel.pdf>
- CENSIDA. (2009). *Lineamientos de implementación en Centros de Readaptación Social para Varones*. México: Population Services International PSI A.C.
- CENSIDA. (2010). Poblaciones clave. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/prevencion/poblaciones.html>
- CENSIDA. (2012). Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización preliminar hasta la semana 52 del 2012 Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/semana52-2012.pdf>
- Centeno, H. (2008). Fortalezas y debilidades del proyecto de atención a poblaciones móviles para la disminución del VIH/SIDA en El Salvador, una intervención de campo. *Población y Salud en Mesoamérica*, 5(2), 1-16.
- Chapman, E. N., & Werner-Wilson, R. J. (2008). Does positive youth development predict adolescent attitudes about sexuality? *Adolescence*, 43(171), 505-523.
- CONAPO. (2009). Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/205/1/images/Cap04.pdf>
- Corcoran, J. (2001). Multi-Systemic Influences on the Family Functioning of Teens Attending Pregnancy Prevention Programs. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 18(1), 37-49.
- Corcoran, J., & Franklin, C. (2002). Multi-systemic risk factors predicting depression, self-esteem, and stress in low SES and culturally diverse adolescents. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 5(2), 61-76.
- Cornish, F., & Campbell, C. (2009). The social conditions for successful peer education: A comparison of two HIV prevention programmes run by sex workers in India and South Africa. *American journal of community psychology*, 44(1-2), 123-135.
- Coyle, K., Kirby, D., Mari, B., Gomez, C., & Gregorich, S. (2004). Draw the Line/Respect the Line: A Randomized Trial of a Middle School Intervention to Reduce Sexual Risk Behaviors. *American Journal of Public Health*, 94(5), 843-852.
- Cruz, A., Coronel, G., Pavón-León, P., De-San-Jorge, X., Gogeoascoechea-Trejo, M., Blázquez-Morales, M. et al. (2010). Consumo de drogas y VIH/SIDA en Centroamérica: una revisión de los modelos y teorías. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 10(2), 24-31.

- Cruz, C., Ramos, U., & González, A. (2011). *Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS. Dirigida a personal de servicios de salud*. México: Fundación Mexicana para la Salud A.C.
- Czuchry, M., Timpson, S., Williams, M., Bowen, A. M., & Ratliff, E. A. (2009). Improving condom self-efficacy and use among individuals living with HIV: the positive choices mapping intervention. *Journal of Substance Use, 14*(3-4), 230-239.
- Dembo, R., Belenko, S., Childs, K., Greenbaum, P., & Wareham, J. (2010). Gender differences in drug use, sexually transmitted diseases, and risky sexual behavior among arrested youths. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 19*, 424-446.
- DGTPA. (2013). Sitio web de la Dirección General de Tratamiento para Adolescentes. Recuperado de <http://www.reclusorios.df.gob.mx/adolescentes/index.html>
- Diacó, A., Sadi, M., & Weller, S. (2010). Prevención del VIH-sida en Contextos de Encierro: Sistematización de acciones desarrolladas y de hallazgos útiles para la acción. Available Recuperado de http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000124cnt-2013-06_contexto-encierro.pdf
- Díaz, E. (2010). *Relación de la autoestima con el comportamiento sexual de los adolescentes*. Tesis de Especialidad no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, Morelia, Michoacan.
- Díaz-González, E., Rodríguez, M., Robles, S., Moreno, D., & Frías, B. (2003). El análisis contingencial como sistema analítico para la evaluación de competencias funcionales relacionadas con la prevención del VIH/SIDA. *Psicología y Salud, 13*, 149-159.
- Díaz-Guerrero, R. (1994). Premisas socioculturales, actitudes e investigación transcultural. *Psicología del mexicano* (pp. 116-128). México: Trillas.
- Díaz-Guerrero, R. (2007). La aportación mexicana. Una aproximación rigurosa a la etnopsicología *Psicología del mexicano 2. Bajo las garras de la cultura* (pp. 39-76). México: Trillas.
- Díaz-Loving, R., & Robles, S. (2009). Atracción, romance, sexo y protección en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 14*(2), 215-228.
- DiClemente, R., Salazar, L., & Crosby, R. (2007). A review of STD/HIV preventive interventions for adolescents: Sustaining effects using an ecological approach. *Journal of Pediatric Psychology, nil*(nil), 1-19.
- DiClemente, R., Wingood, G., Crosby, R., Cobb, B., Harrington, K., & Davies, S. (2001). Parent-adolescent communication and sexual risk behaviors among African American adolescent females. *The Journal of Pediatrics, 139*(3), 407-412.
- DiClemente, R., Wingood, G., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B., Harrington, K. et al. (2001). Parental monitoring: Association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics, 107*, 1363-1368.
- DiClemente, R., Wingood, G., Harrington, K., Lang, D., Davies, S., Hook, E. et al. (2004). Efficacy of an HIV prevention intervention for African American adolescent girls. *Journal American Medical Association, 292*(2), 171-179.
- Díez, M., & Díaz, A. (2011). Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. *Rev. Esp. Sanid. Penit., 13*, 58-66.
- Dolan, K., & Lamey, S. (2010). HIV in Indian prisons: Risk behaviour, prevalence, prevention & treatment. *Indian Journal of Medical Research, 132*, 696-700.
- Ehon, A. (2008). Assessing sexual communication and condom negotiation among university undergraduate students in sexual relationship; in the era of HIV/AIDS. *Ife Psychologia, 16*(2), 216-239.

- El-Bassel, N., Caldeira, N. A., & Ruglass, L. M. (2009). Addressing the Unique Needs of African American Women in HIV Prevention. [Feature]. *American Journal of Public Health, 99*(6), 996-1001.
- Enríquez, D., & Sánchez, R. (2004). *Análisis exploratorio de distintas variables relacionadas con el comportamiento sexual de riesgo en hombres y mujeres universitarios*. Tesis de Licenciatura no publicada. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Estado de México, México.
- Enríquez, D., Sánchez, R., & Robles, S. (2005). Variables relativas al uso del condón en hombres y mujeres universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 8*(2), 81-98.
- Eshrati, B., Asl, R. T., Dell, C. A., Afshar, P., Millson, P. M. E., Kamali, M. et al. (2008). Preventing HIV transmission among Iranian prisoners: Initial support for providing education on the benefits of harm reduction practices. *Harm Reduction Journal, 5*(Special section), 1-7.
- Farmer, M., & Meston, C. (2006). Predictors of condom use self-efficacy in an ethnically diverse university sample. *Archives of Sexual Behavior, 35*(3), 313–326.
- Fernández, C., Molina, R., Ramírez, C., Pérez, E., Castilla, J., Marrodán, J. et al. (2000). Cambios en las actitudes y conocimientos de los adolescentes sobre la infección por VIH tras la intervención escolar AULASIDA. *Revista Española de Salud Pública, 74*(2), 163-176.
- Figueroa-Lara, A., Aracena-Genao, B., Reyes-Morales, H., & Lamadrid-Figueroa, H. (2012). Factores asociados con la búsqueda del servicio de interrupción legal del embarazo en la Ciudad de México, 2010. *Salud Pública de México, 54*(4), 401-409.
- Fishbein, M. (2000). The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care, 12*(3), 273–278.
- Fisher, J., & Fisher, W. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin, 3*(3), 455-474.
- Gallegos, E., Villarruel, A., Loveland, C., Ronis, D., & Zhou, Y. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: Un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública de México, 50*(1), 59-66.
- Gaxiola, J., González, S., & Contreras, Z. (2011). Resiliencia, metas y contexto social: su influencia en el rendimiento académico en estudiantes de preparatoria. Trabajo presentado en el XXXVIII Congreso Nacional del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP). Ciudad de México, México.
- GIRE. (2013). Cifras ILE (marzo 2013). Recuperado de https://www.gire.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=504%3Acifras-ile-abril-2012&catid=166%3Ainformacon-relevante&Itemid=1397&lang=es
- González, J. (2009). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. *Revista de Salud Pública, 11*(1), 14-26.
- Gough, E., & Edwards, P. (2009). HIV seroprevalence and associated risk factors among male inmates at the Belize Central Prison. *Pan American Journal of Public Health, 25*(4), 292-299.
- Gow, J., Grant, B., & Colvin, M. (2012). Socio-Economic Characteristics of HIV in a South African Prison *International Journal of Business and Management, 7*(5), 31-39.
- Grinstead, O., Comfort, M., McCartney, K., Koester, K., & Neilands, T. (2008). Bringing it home: Design and implementation of an HIV/STD intervention for women visiting incarcerated men. *AIDS Education and Prevention, 20*(4), 285–300.
- Grinstead, O., Seal, D., Wolitski, R., Flanigan, T., Fitzgerald, C., Nealey-Moore, J. et al. (2003). HIV and STD testing in prisons: Perspective of in-prison service providers *AIDS Education and Prevention, 15*(6), 547-560.

- Guilamo-Ramos, V., Dittus, P., Jaccard, J., Golberd, V., Casillas, E., & Bouris, A. (2006). The content and process of mother-adolescent communication about sex in latino families. *Social Work Research, 30*(3), 169-181.
- Gyarmathi, A., Neaigus, A., & Számadó, S. (2003). HIV risk behavior history of prison inmates in Hungary. *AIDS Education and Prevention, 15*(6), 561-569.
- Hammett, T. (2006). HIV/AIDS and other infectious diseases among correctional inmates: Transmission, burden, and an appropriate response. *American Journal of Public Health, 96*(6), 974-978.
- Harper, G. W., Bangi, A. K., Sánchez, B., Doll, M., & Pedraza, A. (2009). A quasi-experimental evaluation of a community-based HIV prevention intervention for Mexican American female adolescents: the SHERO's program. *AIDS Education & Prevention, 21*(5), 109-123.
- Henrich, C. C., Brookmeyer, K. A., Shrier, L. A., & Shahar, G. (2006). Supportive Relationships and Sexual Risk Behavior in Adolescence: An Ecological-Transactional Approach. *Journal of Pediatric Psychology, 31*(3), 286-297.
- Hernández, F., Pérez, R., & Hernández, P. (2009). Prevalencia de enfermedades infectocontagiosas en el centro penitenciario Yare II, del Estado Miranda-Venezuela. Septiembre 2003-febrero 2004. *MedULA, Revista de Facultad de Medicina, 18*, 53-55.
- Hernández, J., & Mejía, L. (2010). Accesibilidad a los servicios de salud de la población reclusa colombiana: un reto para la salud pública. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, 28*(2), 132-140.
- Herrera, M., Ampudia, A., & Reidl, L. (2013). Factores de riesgo que identifican a adolescentes y jóvenes en conflicto con la ley. *Psicología y Salud, 23*(2), 209-216.
- Hitt, J., Robbins, A., Galbraith, J., Todd, J., McFarlane, J., Patel-Larson, A. et al. (2006). Adaptation and implementation of an evidence-based prevention counseling intervention in Texas. *AIDS Education and Prevention, 18*, 108-119.
- Hoeve, M., Dubas, J., Eichelsheim, V., van der Laan, P., Smeenk, W., & Gerris, J. (2009). The relationship between parenting and delinquency: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 37*, 749-775.
- Hogben, M., & Lawrence, J. (2000). HIV/STD risk reduction interventions in prison settings. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine, 9*(6), 587-592.
- Hughes, R. (2000). Drug injectors in prison and HIV risk behaviour: A perspective Recuperado de the United Kingdom. *Justice Professional, 13*(4), 343-357.
- Hutchinson, K. (2002). The influence of sexual risk communication between parents and daughters on sexual risk behaviors. *Family Relations, 51*(3), 238-247.
- Ikuteyijo, O., & Agunbiade, M. (2008). Prison reforms and HIV/AIDS in selected nigerian prisons. *The Journal Of International Social Research 1*(4), 279-289.
- IMJUVE. (2011). Encuesta Nacional de Juventud 2010. Resultados Generales. Recuperado de http://cendoc.imjuventud.gob.mx/sin_registro/Presentacion/Encuesta_Nacional_de_Juventud2010_Resultados_Generales_18nov11.pdf
- IMJUVE. (2012a). Encuesta Nacional de Valores en Juventud 2012. Resultados Generales. Recuperado de http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/ENVAJ_2012.pdf
- IMJUVE. (2012b). Encuesta Nacional de Juventud 2010. Distrito Federal. Recuperado de http://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/5_ENJ_2010_-_DF_VF_Mzo_29_MAC.pdf
- INEGI. (2011). Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años), 1990 a 2011. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>

- INSP. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Jafa, K., McElroy, P., Fitzpatrick, L., Borkowf, C., MacGowan, R., Margolis, A. et al. (2009). HIV transmission in a state prison system, 1988–2005. *PLoS ONE*, 4(5), 1-8.
- James, S., Reddy, P., Ruiters, R., McCauley, A., & Van-Den-Borne, B. (2006). The impact of an HIV and aids life skills program on secondary school students in Kwazulu-natal, South Africa. *AIDS Education and Prevention*, 18(4), 281-295.
- Jaworski, B., & Carey, M. (2001). Effects of a brief, theory-based STD-prevention program for female college students. *Journal of Adolescent Health*, 29(6), 417-425.
- Jemmott, J. B., Jemmott, L. S., Fong, G. T., & Morales, K. H. (2010). Effectiveness of an HIV/STD risk-reduction intervention for adolescents when implemented by community-based organizations: a cluster-randomized controlled trial. *American Journal of Public Health*, 100(4), 720-726.
- Jiménez, M. (2010). Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), 107- 129.
- Jones, D., Weiss, S., Chitalu, N., Mumbi, M., Shine, A., Vamos, S. et al. (2008). Acceptability and use of sexual barrier products and lubricants among HIV-seropositive Zambian men. *AIDS Patient Care and STDs*, 22(12), 1015-1020.
- Juárez, F., Singh, S., García, S., & Díaz, C. (2008). Estimates of Induced Abortion in Mexico: What's Changed Between 1990 and 2006? *International Family Planning Perspectives*, 34(4), 158-168.
- Jürgens, R., Nowak, M., & Day, M. (2011). HIV and incarceration: Prisons and detention. *Journal of the International AIDS Society*, 14, 26-43.
- Kacaneck, D., Eldridge, G., Nealey-Moore, J., MacGowan, R., Binson, D., Ranigan, T. et al. (2007). Young incarcerated men's perceptions of and experiences with HIV testing. *American Journal of Public Health*, 97(7), 1209-1215.
- Kaljee, L., Genberg, B., Riel, R., Cole, M., Hopkins, J., Huu-Too, L. et al. (2005). Effectiveness of a theory-based risk reduction HIV prevention program for rural vietnamese adolescents. *AIDS Education and Prevention*, 17(3), 185-200.
- Karnell, A., Cupp, P., Zimmerman, R., Feist-Price, S., & Bennie., T. (2006). Efficacy of an American alcohol and HIV prevention curriculum adapted for use in South Africa: results of a pilot study in five township schools. *AIDS Education and Prevention*, 18(4), 295-311.
- Keijzer, B. (2007). Enfoque de género en el desarrollo de programas de salud reproductiva en adolescentes. *Salud Pública de México*, 49, 42-44.
- Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales* (4a. ed.). México: McGraw Hill.
- Kim, S. (2007). *Gender matters: Towards an ecological model of HIV/AIDS education*. Stanford University, Estados Unidos.
- Kimble, C., Hirt, E., Díaz-Loving, R., Hosch, H., Lucker, W., & Zárate, M. (2002). *Psicología Social de las Américas*. México: Prentice-Hall.
- Knowlton, A., Buchanan, A., Wissow, L., Pilowsky, D. J., & Latkin, C. (2008). Externalizing Behaviors among Children of HIV Seropositive Former and Current Drug Users: Parent Support Network Factors as Social Ecological Risks. [Feature]. *Journal of Urban Health*, 85(1), 62-76.
- Koblin, B., Chesney, M., Coates, T., Mayer, K., Husnik, M., Beauchamp, G. et al. (2004). Effects of a behavioural intervention to reduce acquisition of HIV infection among

- men who have sex with men: the EXPLORE randomised controlled study. *The Lancet*, 364(9428), 41-47.
- Koulierakis, G., Power, K., Gnardellis, C., & Agrafiotis, D. (2003). HIV/AIDS related knowledge of inmates in greek prisons. *Addiction Research and Theory*, 11(2), 103-118.
- Labbok, M. (2008). Transdisciplinary breastfeeding support: Creating program and policy synergy across the reproductive continuum. *International Breastfeeding Journal*, 3(16), 1-8.
- Lameiras, M., Carrera, M., Núñez, A., & Rodríguez, Y. (2006). Evaluación de un programa de educación sexual con adolescentes: Una perspectiva cualitativa. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología*, 2(2), 193-204.
- Lapinski, M. K., Randall, L. M., Peterson, M., Peterson, A., & Klein, K. A. (2009). Prevention options for positives: the effects of a health communication intervention for men who have sex with men living with HIV/AIDS. *Health Communication*, 24(6), 562-571.
- Larney, S. (2010). Does opioid substitution treatment in prisons reduce injecting-related HIV risk behaviours? A systematic review. *Addiction*, 105, 216–223.
- Legardy, J., Macaluso, M., Artz, L., & Brill, I. (2005). Do Participant Characteristics Influence the Effectiveness of Behavioral Interventions? Promoting Condom Use to Women. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(11), 665.
- Leibowitz, A., Sylla, M., Kerndt, P., Harawa, N., & Hallstrom, C. (2013). Condom distribution in jail to prevent HIV infection. *AIDS Behav.*, 17(8), 2695-2702.
- León, P., Minassian, M., Borgoño, R., & Bustamante, F. (2008). Embarazo adolescente. *Revista Pediatría Electrónica*, 5(1), 42-51.
- Mariño, M. (2012). Estudio de relación entre Niveles de Violencia en Población masculina Privada de Libertad (PPL) en El Salvador y conocimientos de VIH, Vulnerabilidad asociada con VIH/Sida. *Población y Salud en Mesoamérica*, 9(2), 1-12.
- Martínez, R., & Aledo, F. (2003). Atención a la diversidad, salud y práctica físico deportiva: Un programa de prevención e intervención en VIH/SIDA en el penitenciario *Indivisa. Boletín de Estudios e Investigación*(4), 103-130.
- Mathew, R., Shugaba, A., & Ogala, W. (2006). Parents-adolescents communication an HIV/AIDS in Jos North Local Goverment Area, Plateau State, Nigeria. *Journal of Medicine Science*, 6(4), 537-545.
- Mcgrath, J., Celentano, D., Chard, S., Fullem, A., Kanya, M., Gangakhedar, R. et al. (2007). A group-based intervention to increase condom use among HIV serodiscordant couples in India, Thailand, and Uganda. *AIDS Care*, 19(3), 418-424.
- Meekers, D., & Klein, M. (2002). Understanding gender differences in condom use self-efficacy among youth in urban Cameroon. *AIDS Education and Prevention*, 14(1), 62-72.
- Mehrotra, P., Noar, S., Zimmerman, R., & Palmgreen, P. (2009). Demographic and personality factors as predictors of HIV/STD partner-specific risk perceptions: Implications for interventions. *AIDS Education and Prevention*, 21(1), 39.
- Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L., & Sosa, C. (2001). *El protocolo de investigación*. México: Trillas.
- Mendoza, L., Arias, M., Pedroza, M., Micolta, P., Ramírez, A., Cáceres, C. et al. (2012). Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(4), 271-279.
- Miller, B. (2002). Family influences on adolescent sexual and contraceptive behavior. *The Journal of Sex Research*, 39(1), 22- 26.

- Ministerio-de-la-Protección-Social-de-Colombia. (2011). Guía de Prevención VIH/SIDA. Población privada de la libertad. Recuperado de http://www.cruzrojacolombiana.org/publicaciones/pdf/guia_prevenccion_vih_ppl_1672011_074907.pdf
- Mize, S. J. S., Robinson, B. E., Bockting, W. O., & Scheltema, K. E. (2002). Meta-analysis of the effectiveness of HIV prevention interventions for women. *AIDS Care, 14*(2), 163-180.
- Mohammad, A., Fielding, R., Hedley, A., & Mahtani, S. (2005). Effects of a Brief Health Education Intervention on AIDS among young Chinese adults in Hong Kong. *Journal of Health Science, 51*(2), 115-121.
- Montgomery, D., Peck, E., & Vining, G. (2011). Regresión lineal múltiple *Introducción al análisis de regresión lineal* (pp. 61-116). México: Grupo Editorial Patria.
- Mooney, A., & Sarangi, S. (2005). An ecological framing of HIV preventive intervention: a case study of non-government organizational work in the developing world. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine, 9*(3), 275-296.
- Moreno, D., Rivera, B., Robles, S., Barroso, R., Frías, B., & Rodríguez, M. (2008). Características del debut sexual de los adolescentes y determinantes del uso consistente del condón desde el análisis contingencial. *Psicología y Salud, 18*(2), 207-225.
- Moreno, D., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M., & Barroso, R. (2011). *Encuesta Universitaria sobre Salud Sexual: Informe Técnico* correspondiente al proyecto IN307210 del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Moreno, D., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., & Rodríguez, M. (2010). *Encuesta Universitaria sobre Salud Sexual*. Estado de México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Moreno, E., & Roales-Nieto, J. (2003). El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa: hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International journal of psychology and psychological therapy, 3*(1), 91-109.
- Mosack, K., Gore-Felton, C., Chartier, M., & McGarvey, E. (2007). Individual, peer, and family variables associated with risky sexual behavior among male and female incarcerated adolescents. *Journal of HIV/AIDS Prevention in Children & Youth, 8*(1), 115-133.
- Nagamatsu, M., Saito, H., & Sato, T. (2008). Factors associated with gender differences in parent-adolescent relationships that delay first intercourse in Japan. *The Journal of School Health, 78*(11), 601-607.
- Nelwan, E. J., Van Crevel, R., Alisjahbana, B., Indrati, A. K., Dwiyan, R. F., Nuralam, N. et al. (2010). Human immunodeficiency virus, hepatitis B and hepatitis C in an Indonesian prison: prevalence, risk factors and implications of HIV screening. *Tropical Medicine & International Health, 15*(12), 1491-1498.
- NIMH Multisite HIV/STD Prevention Trial for African American Couples Group. (2008). Eban HIV/STD Risk Reduction Intervention : Conceptual Basis and Procedures. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 49*(1), 1525-4135.
- Noar, S. (2001). *Sexual negotiation and the influence of gender and power in heterosexually active men and women*. Unpublished 3025553, University of Rhode Island, United States -- Rhode Island.
- Noar, S. (2007). An interventionist's guide to AIDS behavioral theories. *AIDS Care, 19*(3), 392-402.

- Noar, S. (2008). Behavioral Interventions to Reduce HIV-related Sexual Risk Behavior: Review and Synthesis of Meta-Analytic Evidence. *AIDS and Behavior*, 12(3), 335-346.
- Núñez-Urquiza, R., Hernández-Prado, B., García-Barríos, C., González, D., & Walker, D. (2003). Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud Pública de México*, 45(1), 92-102.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1995). *Teoría psicométrica* (3a ed.). México: McGraw-Hill.
- O'Donnell, L., Stueve, A., Agronick, G., Wilson-Simmons, R., Duran, R., & Jeanbaptiste, V. (2005). Saving sex for later: An evaluation of a parent education intervention. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37(4), 166-174.
- Okafor, C. B., & Holder, B. (2005). HIV/AIDS Related Stigma in Sub-Saharan Africa: Context and Consequences. [Feature]. *Journal of Development Alternatives and Area Studies*, 24(3/4), 131-152.
- Oliveira, A., Gomes, S., Amorim, P., Santos, A., Rodrigues, E., & Bezerra, A. (2012). Knowledge, attitude and practices regarding condom use among women prisoners: the prevention of STD/HIV in the prison setting. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 707-714.
- OMS. (2012). Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf
- OMS. (2013). ¿Qué problemas de salud tienen los adolescentes y qué cabe hacer para prevenirlos y responder a ellos? Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/index.html
- ONUSIDA. (2008). Cárceles y VIH/Sida. Relevamiento de recursos sociales y sanitarios en unidades penales seleccionadas en Argentina. Recuperado de http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/santiago_carceles_y_vih-sida_argentina.pdf
- ONUSIDA. (2009). Las mujeres y el VIH en el entorno carcelario. Recuperado de http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/UNODC_UNAIDS_2008_Women_and_HIV_in_prison_settings-SP.pdf
- ONUSIDA. (2010). Grupos de población clave. Recuperado de <http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/KeyPopulations/default.asp>
- ONUSIDA. (2011). Infecciones de transmisión sexual. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/index.html>
- ONUSIDA. (2012a). Juntos acabaremos con el sida. Recuperado de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/20120718_togetherwewillendaids_es.pdf
- ONUSIDA. (2012b). UNAIDS Report on the global AIDS epidemic 2012. Recuperado de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_en.pdf
- ONUSIDA. (2013). Presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al sida 2013. Recuperado de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2013/GARPR_2013_guidelines_es.pdf
- Operario, D., Smith, C. D., Arnold, E., & Kegeles, S. (2010). The Bruthas Project: evaluation of a community-based HIV prevention intervention for African American men who have sex with men and women. *AIDS Education & Prevention*, 22(1), 37-48.

- Orellana, R., Joseph, Picciano, Roffman, R., Swanson, F., & Kalichman, S. (2006). Correlates of nonparticipation in an HIV prevention program for MSM. *AIDS Education and Prevention, 18*(4), 348-362.
- Orozco, M., Mendoza, M., Ramos, R., López, A., & Ruelas, G. (2011). Embarazo no deseado a término en mujeres atendidas en dos hospitales del Distrito Federal. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, 16*(4), 240-247.
- Ortale, S. (2009). Programas de salud sexual y reproductiva y maternidad adolescente en La Plata (Buenos Aires, Argentina). *Avá*(15).
- Oser, C., Leukefeld, C., Cosentino-Boehm, A., & Havens, J. (2006). Rural HIV: Brief interventions for felony probationers[dagger]. *American Journal of Criminal Justice, 31*(1), 125-146.
- Oviedo-Joekes, E., March, J., Ramos, M., Ballesta, R., & Prieto, M. (2005). Percepción del estado de salud y utilización de servicios de salud por parte de las personas internas en una prisión andaluza, 1999. *Revista Española de Salud Pública, 79*(1), 35-46.
- Paasche-Orlow, M., Clarke, J., Hebert, M., Ray, M., & Stein, M. (2005). Educational attainment but not literacy is associated with HIV risk behavior among incarcerated women. *Journal of Women's Health, 14*(9), 852-859.
- Padilla, M. B., Guilamo-Ramos, V., & Bouris, A. (2010). HIV/AIDS and Tourism in the Caribbean: An Ecological Systems Perspective. [Feature]. *American Journal of Public Health, 100*(1), 70-77.
- Padilla, N., & Díaz-Loving, R. (2013). Premisas familiares y socioculturales del emparejamiento. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 18*(2), 249-262.
- Painter, J., Borba, C., Hynes, M., Mays, D., & Glanz, K. (2008). The use of theory in health behavior research from 2000 to 2005: A systematic review. *Ann. Behav. Med., 35*, 358-362.
- Panduro, G., Jiménez, P., Pérez, J., Panduro, E., Peraza, D., & Quezada, N. (2012). Embarazo en adolescentes y sus repercusiones materno perinatales. *Ginecología y Obstetricia de México, 80*(11), 694-704.
- Pedraza, A. (2009). A Quasi-Experimental Evaluation of a Community-Based HIV Prevention Intervention for Mexican American Female Adolescents: The Shero's Program. *AIDS Education and Prevention, 21*(1), 109-123.
- Pérez, C., & Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología, 40*(3), 333-340.
- Pick, S., Givaudan, M., & Poortinga, Y. (2003). Sexuality and life skills education: A multistrategy intervention in Mexico. *The American Psychologist, 58*(3), 230-238.
- Piña, J. (2004). Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH/SIDA. *Anales de Psicología, 20*(1), 23-32.
- Piña, J. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes. Justificación y desarrollo. *Universitas Psychologica, 7*(1), 19-32.
- Piña, J., & Rivera, B. (2009). Predictores del comportamiento sexual con múltiples parejas en estudiantes de educación superior: Un análisis por género. *Acta Colombiana de Psicología, 12*(1), 53-65.
- Piña, J., & Urquidi, L. (2004). Conductas de riesgo para la infección por VIH en adultos jóvenes con pareja regular. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 9*(2), 227-236.
- Piña, J., & Urquidi, L. (2006). Determinantes psicológicos del uso de condón en estudiantes de educación superior. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 11*(2), 333-345.

- Pinto, R. M., & McKay, M. M. (2006). A mixed-method analysis of African-American women's attendance at an HIV prevention intervention. *Journal of Community Psychology, 34*(5), 601-616.
- PNUD. (2012). Global Commission on HIV and the Law. Riesgos, Derechos y Salud. Recuperado de <http://www.pnud.org.gt/data/publicacion/Informe%20VIH%20y%20la%20Ley.pdf>
- Rasmussen-Cruz, B., Martín, A. H.-S., & Alfaro-Alfaro, N. (2003). Comportamientos de riesgo de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. *Salud Pública de México, 45*(1), 81-91.
- Reddy, P., Taylor, S., & Sifunda, S. (2002). Research capacity building and collaboration between South African and American partners: the adaptation of an intervention model for HIV/AIDS prevention in corrections research. *AIDS Education and Prevention, 14*(5), 92-102.
- Rhodes, F., Stein, J., Fishbein, M., Goldstein, R., & Rotheram-Borus, M. (2007). Using theory to understand how interventions work: project RESPECT, condom use, and the Integrative Model. *AIDS Behavior, 11*, 393-407.
- RHRC. (2004). Guía para la atención de infecciones de transmisión sexual en entornos afectados por conflictos. Recuperado de http://www.rhrc.org/resources/sti/sti_spanish.pdf
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. España: Martínez Roca.
- Ritchie, G. (2005). Strategies to promote sexual health. *Nursing Standard, 20*(48), 35-40.
- Robles, S. (2005). *Comunicación sexual asertiva y uso consistente del condón: Programa de entrenamiento para prevenir la transmisión del VIH/SIDA*. Tesis de Doctorado no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México, México. D. F.
- Robles, S., & Díaz-Loving, R. (2007). Tipo de pareja casual y comportamiento sexual en jóvenes universitarios. *Revista de Psicología Social y Personalidad, 23*(1), 105-118.
- Robles, S., Díaz-Loving, R., & Solano, R. (2010). Intervención escolarizada para promover la salud sexual de los adolescentes. In S. Rivera, R. Díaz-Loving, I. Reyes, R. Sánchez & L. Cruz (Eds.), *La Psicología social en México* (Vol. XIII, pp. 1255-1261). México. Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Robles, S., Díaz-Loving, R., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R. et al. (2011). *Validación de la Encuesta Estudiantil sobre salud sexual (EESS)*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Robles, S., Frías, B., Moreno, D., Rodríguez, M., & Barroso, R. (2011). Conocimientos sobre VIH/SIDA, comunicación sexual y negociación del uso del condón en adolescentes sexualmente activos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 14*(4), 317-340.
- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., Díaz-González, E. et al. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología, 22*(1), 60-71.
- Robles, S., Piña, J., & Moreno, D. (2006). Determinantes del uso inconsistente del condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral y anal. *Anales de Psicología, 22*(2), 200-204.
- Robles, S., Piña, J., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., & Moreno, D. (2006). Predictores de conductas relacionadas con el uso inconsistente de condón en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud, 16*(1), 71-78.
- Rocha-Sánchez, T., & Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de Género: la brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología, 21*(1), 42-49.

- Rodríguez, A., Sanabria, G., Contreras, M., & Perdomo, B. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(1), 161-174.
- Rosen, D., Schoenbach, V., Wohl, D., White, B., Stewart, P., & Golin, C. (2009). An evaluation of HIV testing among inmates in the North Carolina prison system. *American Journal of Public Health*, 99(2), 452-459.
- Rosentock, I., Strecher, V., & Becker, M. (1994). The Health Belief Model and HIV Risk Behaviour Change. In R. DiClemente & J. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: theories and methods of behavioral interventions* (pp. 5-24). New York: Plenum press.
- Rosser, S., Bockting, W., Rugg, D., Robinson, B., Ross, M., Bauer, G. et al. (2002). A Randomized Controlled Intervention Trial of a Sexual Health Approach to Long-Term HIV Risk Reduction for Men Who Have Sex with Men: Effects of the Intervention on Unsafe Sexual Behavior. *AIDS Education and Prevention*, 14(0 suppl.), 59-71.
- Rotily, M., & Weilandt, C. (2000). Risk behaviour and HIV infection in European prisons. En M. Rotily, C. Weilandt, J.-P. Moatti, Y. Souteyrand, A. Prieur, T. Sandfort & P. Aggleton (Eds.), *AIDS in Europe* (pp. 149-164).
- Salazar-Estrada, J., Teresa Torres-López, Reynaldos-Quinteros, C., Figueroa-Villaseñor, N., & Araiza-González, A. (2011). Factores asociados a la delincuencia en adolescentes de Guadalajara, Jalisco. *Papeles de Población*, 17(68), 103-126.
- Sánchez, M., & Muñoz, A. (2005). Influencia de padres y amigos sobre la actitud hacia las conductas sexuales de prevención en la adolescencia. Un análisis en función del género. *Revista Latinoamericana de Psicología* 37(1), 71-79.
- Sánchez, R. (2008). *Campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar. Unión en la pareja: Amor o desamor*. Reporte de experiencia profesional. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México, Estado de México, México.
- Sánchez, R., & Enríquez, D. (2011). Construcción y validación del Instrumento "Sexo que se transmite en los Medios de comunicación". *Revista Mexicana de Psicología*, Número especial, Memoria in extenso, octubre 2011. 2878-2879.
- Sánchez, R., Enríquez, D., & Reyes-Lagunes, I. (2011). Apoyo y supervisión parental y conducta sexual protegida. In R. Díaz-Loving & S. Robles (Eds.), *Salud y sexualidad*. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Sánchez, R., Jiménez, B., & Martínez, R. (2013). Creencias sobre la expresión de la pasión romántica en la cultura mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología Social Ignacio Martín-Baró*, 2(1), 111-136.
- Schaalma, H., Abraham, C., Gillmore, M., & Kok, G. (2004). Sex education as health promotion: What does it take? *Archives of Sexual Behavior*, 33(3), 259-269.
- Schensul, J., & Trickett, E. (2009). Introduction to multi-level community based culturally situated interventions. *Am J Community Psychol*, 43, 232-240.
- Schwartz, S., Mason, C., Pantin, H., & Szapocznik, J. (2008). Effects of family functioning and identity confusion on substance use and sexual behavior in hispanic immigrant early adolescents. *Identity*, 8(2), 107-.
- Secretaría de Salud. (2008a). Programa de acción específico 2007-2012. Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes. Recuperado de <http://www.spps.gob.mx/salud-sexual-y-reproductiva-para-adolescentes>
- Secretaría de Salud. (2008b). Aspecto Epidemiológico: los beneficios de la Anticoncepción de Emergencia. Recuperado de http://www.salud.gob.mx/sitios_temporales/diasiguiente/08_el_aspec_etico.html

- Senteio, C., Wright, S., Jackson, R., Welk, S., & Zhang, S. (2010). Effective resources supporting healthy sexual behavior in formerly incarcerated persons. *American Journal of Sexuality Education, 5*, 362–376.
- Shoveller, J., Johnson, J., Savoy, D., & Pietersma, W. A. W. (2006). Preventing sexually transmitted infections among adolescents: an assessment of ecological approaches and study methods. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning, 6*(2), 163-183.
- Smylie, L., Maticka-Tyndale, E., & Boyd, D. (2008). Evaluation of a school-based sex education programme delivered to Grade Nine students in Canada. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning, 8*(1).
- Somlai, A. M., Kalichman, S. C., & Bagnall, A. (2001). HIV risk behaviour among men who have sex with men in public sex environments: An ecological evaluation. *AIDS Care, 13*(4), 503-514.
- Spaulding, A., Stephenson, B., Macalino, G., Ruby, W., Clarke, J., & Flanigan, T. (2002). Human Immunodeficiency Virus in Correctional Facilities: A Review. . *Clinical Infectious Diseases. , 35*(3), 305-312.
- Spaulding, A., Sumbry, A., Brzozowski, A., Ramos, K., Perez, S., Maggio, D. et al. (2009). Pairing HIV-positive prisoners with volunteer life coaches to maintain health-promoting behavior upon release: A mixed-methods needs analysis and pilot study. *AIDS Education and Prevention, 21*(6), 552–569.
- Steinberg, R. (2005). Unprotected: HIV prison policy and the deadly politics of denial. *Harvard Journal of African American Public Policy, 11*, 43-49.
- Stephenson, R. (2009). Community influences on young people's sexual behavior in 3 African countries. *The American Journal of Public Health, 99*(1), 102-109.
- Swick, K., & Williams, R. (2006). An Analysis of Bronfenbrenner's Bio-Ecological Perspective for Early Childhood Educators: Implications for Working with Families Experiencing Stress. *Early Childhood Education Journal, 33*(5), 371-378.
- Sylla, M., Harawa, N., & Grinstead, O. (2010). The First Condom Machine in a US Jail: The Challenge of Harm Reduction in a Law and Order Environment *American Journal of Public Health 100*(6), 982-985.
- Teva, I., Bermúdez, M., & Buela-Casal, G. (2009). Characteristics of sexual behavior in spanish adolescents. *The Spanish Journal of Psychology, 12*(2), 471-484.
- Todrys, K., & Amon, J. (2012). Criminal Justice Reform as HIV and TB Prevention in African Prisons. *PLoS Medicine, 9*(5), 1-6.
- Trickett, E. (2009). Multilevel community-based culturally situated interventions and community impact: An ecological perspective. *Am J Community Psychol, 43*(257-266).
- Tulloch, H., McCaul, K., Miltenberger, R., & Smyth, J. (2004). Partner communication skills and condom use among college couples. *Journal of American College Health, 52*(6), 263-267.
- Ulanowicz, M., Parra, K., Wendler, G., & Tisiana, L. (2006). Riesgos en el embarazo adolescente. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina, 153*, 13-17.
- Van Horne, B. S., Wiemann, C. M., & Berenson, A. B. (2009). Multilevel Predictors of Inconsistent Condom Use Among Adolescent Mothers. [Feature]. *American Journal of Public Health, 99*(S2), 417-424.
- Vargas, E., & Barrera, F. (2002). Adolescencia, relaciones romanticas y actividad sexual: Una revisión. *Revista Colombiana de Psicología*(11), 115-134.
- Vargas, E., Barrera, F., Burgos, M., & Daza, B. (2006). La intención de los jóvenes de tener relaciones sexuales en la adolescencia: El papel de la televisión, la relación con los padres y las cogniciones. *Universitas Psychologica, 5*(1), 69-84.

- Vargas, E., Henao, J., & González, C. (2007). Toma de decisiones sexuales y reproductivas en la adolescencia. *Acta Colombiana de Psicología, 10*(1), 49-63.
- Vazquez, A., Jimenez, R., & Vazquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg. Fiabilidad y validación clínica española. *Apuntes de Psicología, 22*(2), 247-255.
- Vázquez, L. (2012). Acercamiento estadístico a la realidad de los menores infractores en México: legislación y crimen organizado, nuevos desafíos. *Universitas Psychologica, 11*(4), 1105-1114.
- Velásquez, A. (2005). Efecto de un CD multimedia (Planea Riesgo Xero) en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA de adolescentes de colegios de Lima metropolitana. *Anales de la Facultad de Medicina, 66*(3), 232-240.
- Vélez-Pastrana, M., González-Rodríguez, R., & Borges-Hernández, A. (2005). Family functioning and early onset of sexual intercourse in latino adolescents. *Adolescence, 40*(160), 777-791.
- Venanonzo, A. (2005). *Esteretipos de roles en hombre y mujeres*. Tesis de licenciatura no publicada. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Vera, E., Planelles, M., & García, J. (2005). Tendencia de la tasa de mortalidad en una prisión española (1994-2004). *Revista Española de Salud Pública, 79*(6), 673-682.
- Villarruel, A., Zhou, Y., Gallegos, E. C., & Ronis, D. L. (2010). Examining long-term effects of Cuídate—a sexual risk reduction program in Mexican youth. *Revista Panamericana de Salud Publica, 27*(5), 345–351.
- Visser, M. J., & Schoeman, J. B. (2004). Implementing a community intervention to reduce young people's risks for getting HIV: Unraveling the complexities. *Journal of Community Psychology, 32*(2), 145-165.
- Voisin, D. R., DiClemente, R. J., Salazar, L. F., Crosby, R. A., & Yarber, W. (2006). Ecological Factors Associated with STD Risk Behaviors among Detained Female Adolescents. *Social Work, 51*(1), 71-79.
- Vukovic, D., & Bjegovic, V. (2007). Brief report: Risky sexual behavior of adolescents in Belgrade: Association with socioeconomic status and family structure. *Journal of Adolescence, 30*(5), 869-877.
- Wang, B., Li, X., Stanton, B., Kamali, V., Naar-King, S., Shah, I. et al. (2007). Sexual attitudes, pattern of communication, and sexual behavior among unmarried out-of-school youth in China. *BMC Public Health, 7*, 1-10.
- Warner, B., & Leukefeld, C. (2001). Assessing the differential impact of an HIV prevention intervention: Who's putting the message into practice? *AIDS Education and Prevention, 13*(6), 479-494.
- Watson, D., Bisesi, L., & Tanamly, S. (2004). Substance use HIV intervention program (SHIP): A school-based indicated prevention model for juvenile offenders in the alternative school setting. *Journal of Correctional Education, 55*(3), 236-260.
- Wight, D. (2008). Theoretical bases for teacher- and peer-delivered sexual health promotion. *Health Education, 108*(1), 10-23.
- Williams, J., Ramamurthi, H., Manago, C., & Harawa, N. (2009). Learning Recuperado de successful interventions: A culturally congruent HIV risk-reduction intervention for African American men who have sex with men and women. *American Journal of Public Health, 99*(6), 1008-1012.
- Williams, M., Bowen, A., Timpson, S., Ross, M., & Atkinson, J. (2006). HIV prevention and street-based male sex workers: An evaluation of brief interventions. *AIDS Education and Prevention, 18*(3), 204-216.

- Wolitski, R. (2006). Relative efficacy of a multisession sexual risk-reduction intervention for young men released Recuperado de prisons in 4 states. *American Journal of Public Health, 96*(10), 1854-1862.
- Zimmerman, R., Cupp, P., Donohew, L., Sionéan, K., Feist-Price, S., & Helme, D. (2008). Effects of a School-Based, Theory-Driven HIV And Pregnancy Prevention Curriculum. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 40*(1), 42-52.

APÉNDICES

A. INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO DE VALIDACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores
Iztacala

Encuesta para

ADOLESCENTES

sobre

SALUD SEXUAL



INSTRUCCIONES

El propósito de esta encuesta es conocer la forma en la cual te relacionas con tus padres y pareja; y conocer sobre algunos aspectos referentes a la salud sexual, por lo que encontrarás preguntas referentes a cómo te has venido comportando sexualmente.

No tienes que contestar preguntas que te hagan sentir incómodo(a). Tu participación es voluntaria. **TÚ DECIDES** si contestas las preguntas. No hay preguntas correctas, ni incorrectas, sólo queremos conocer tu opinión y lo que haces sexualmente.

Es importante que sepas que tus respuestas son privadas. Nadie en la institución o alguno de tus conocidos sabrá tus respuestas, de hecho, no se te pide que pongas tu nombre, sólo se te pide una clave en la cual podamos dar seguimiento a la aplicación de varios cuestionarios y talleres sobre salud sexual, por lo que es muy importante que contestes a cada pregunta con la verdad y con honestidad.

De antemano gracias por tu apoyo para esta investigación, sin tu colaboración no hubiera sido posible, Gracias.

Sigue las instrucciones por parte del aplicador para elaborar tu clave

Clave de identificación:

____ 1 ____ ____ 2 ____ ____ 3 ____ ____ 4 ____ ____ 5 ____

1. Primeras dos letras del apellido paterno
2. Primeras dos letras del apellido materno
3. Año de nacimiento
4. Mes de nacimiento
5. Día de nacimiento

Fecha de aplicación: ____/____/____
Día Mes Año

Folio: _____

Nombre de quien aplica el cuestionario: _____

INFORMACIÓN GENERAL

El siguiente cuestionario está diseñado para obtener información sobre algunos datos personales, jurídicos y familiares, por favor llena los espacios en blanco con la información que se te solicita; y en las preguntas, marca con una "X" la opción de respuesta que mejor refleje tu situación.

DATOS PERSONALES

DI1. ¿Cuál es tu edad? _____ años cumplidos.

DI2. ¿Cuál es tu estado civil?

Soltero (1) Casado (2) Unión Libre (3) Otro (4) Cuál _____

DI3. ¿Cuál es el último nivel de estudios que concluíste?

Ninguno (1) Primaria (2) Secundaria (3) Preparatoria (4)

DI4. ¿Actualmente en qué nivel de estudios te encuentras?

Ninguno (1) Primaria (2) Secundaria (3) Preparatoria (4)

DI5. ¿Con quién vives?

Solo (1) Con tu padre (2) Con tu madre (3) Con ambos padres (4) Con tu pareja (5) Con tu pareja y tus padres (6) Con los padres de mi pareja y mi pareja (7) Otro (8) especifica con quién _____

DI6. ¿Tienes hijos?

Sí (1) ¿Cuántos? _____ No (2)

DI7. Te consideras una persona con una orientación sexual:

Homosexual (1) Bisexual (2) Heterosexual (3) No sé (4)

DATOS JURIDICOS

DJ1. Delito por el que cual te encuentras en la CDIA:

Robo (1) Extorsión (2) Lesiones (3) Violación (4) Homicidio (5)

Privación ilegal de la libertad (6) Delincuencia organizada (7)

Otras causas (8) ¿Cuál? _____

DJ2 ¿Cuántas veces has ingresado a la CDIA?

Primera vez (1) Segunda vez (2)

Tercera vez (3) Más de cuatro (4) ¿cuántas? _____

DATOS DE LA FAMILIA

DF1.1 ¿Vive tu papá? **Sí (1) No (2)** DF1.2 ¿Vive tu mamá? **Sí (1) No (2)**

DF2. Tus papás viven: **Juntos (1) Separados (2)**

	PADRE	MADRE
DF3. ¿Qué edad tiene tu...?	_____ años cumplidos	_____ años cumplidos
DF4. ¿Cuál es el último nivel de estudios que concluyó tu...?	Sin estudios (1) Primaria (2) Secundaria (3) Preparatoria (4) Carrera Técnica (5) Universidad (6) Posgrado (7) Otro (8) ¿Cuál? _____	Sin estudios (1) Primaria (2) Secundaria (3) Preparatoria (4) Carrera Técnica (5) Universidad (6) Posgrado (7) Otro (8) ¿Cuál? _____
DF5. ¿Actualmente trabaja tu...?	Sí (1) No (2)	Sí (1) No (2)
DF6. ¿Cuántas horas diarias trabaja tu...?	_____ horas diarias	_____ horas diarias

DF7. ¿A cuánto ascienden los ingresos mensuales de las personas que trabajan y viven contigo?

- (1) Menos de \$2, 000 (Menos de 34 salarios mínimos)
 (2) De \$2, 001 a \$3, 999 (De 35 a 69 salarios mínimos)
 (3) De \$ 4,000 a \$5,999 (De 70 a 104 salarios mínimos)
 (4) De \$6,000 a \$9,999 (De 105 a 173 salarios mínimos)
 (5) Más de \$10, 000 (Más de 174 salarios mínimos)
 (6) No sé

DF8. ¿Cuántos hermanos/hermanas tienes? _____ (escribe el número (0, 1, 2...), evita poner afirmaciones como “muchas”, “pocas”, etc.).

DF9. Tienes un/a hermano/a que haya tenido un embarazo no planeado.

- (1) Sí (2) No (3) No sé

DF10. Tu (s) hermano (s) ha (n) tenido relaciones sexuales fuera del matrimonio o unión libre.

- (1) Sí (2) No (3) No sé

LO QUE SABES

A continuación se te presentan una serie de afirmaciones relacionadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), embarazos y el uso del condón. Marca con una “X” la opción que consideres correcta para cada una de las afirmaciones. Si no posees la información suficiente para contestar a alguna afirmación tacha con una “X” la opción de respuesta No sé.

CVIH1	Una persona infectada por el VIH puede presentar los síntomas de la infección después de varios años.	Cierto	Falso	No sé
CVIH2	Las jeringas desechables y las esterilizadas aumentan la probabilidad de contagio del VIH por vía sanguínea.	Cierto	Falso	No sé
CITS3	Hay ITS que se pueden transmitir sin necesidad de una relación sexual con penetración.	Cierto	Falso	No sé
CUC4	Si se coloca un condón en el pene sin que lo cubra totalmente, se elimina el riesgo de que se salga durante el acto sexual.	Cierto	Falso	No sé

CVIH5	Una persona recién infectada por el VIH presenta inmediatamente los síntomas.	Cierto	Falso	No sé
CVIH6	La transmisión del VIH es más probable en las prácticas sexuales anales que en el sexo vaginal u oral sin protección.	Cierto	Falso	No sé
CITS7	El uso correcto y constante del condón puede prevenir el contagio de algunas ITS.	Cierto	Falso	No sé
CVIH8	Una mujer embarazada infectada con el VIH puede transmitir a su hijo el virus.	Cierto	Falso	No sé
CUC9	Cuando se coloca un condón, es importante que ajuste perfectamente, no dejando espacio en la punta.	Cierto	Falso	No sé
CITS10	El virus del <i>papiloma humano</i> y el virus del <i>herpes genital</i> son infecciones de transmisión sexual provocados por bacterias.	Cierto	Falso	No sé
CVIH11	Limitar el número de compañeros(as) sexuales es una forma de reducir el riesgo de infección del VIH.	Cierto	Falso	No sé
CITS12	El virus del <i>papiloma humano</i> y el virus del <i>herpes genital</i> no tienen cura.	Cierto	Falso	No sé
CUC13	Los lubricantes a base de aceite sólo pueden usarse con los condones de látex.	Cierto	Falso	No sé
CUC14	Un condón cuya fecha de caducidad vence en un año puede utilizarse sin riesgo de que se rompa.	Cierto	Falso	No sé
CITS15	Una persona infectada por el virus del herpes simple (VHS) puede pasar años sin presentar síntomas.	Cierto	Falso	No sé
CUC16	Usar condón masculino y femenino al mismo tiempo, es más efectivo para prevenir el VIH.	Cierto	Falso	No sé
CVIH17	Una persona con VIH pero sin síntomas puede transmitir el virus a otra persona mediante contacto sexual.	Cierto	Falso	No sé
CUC18	Dejar un espacio sin aire en la punta del condón cuando éste se coloca en el pene hace más probable que se deslice en el acto sexual.	Cierto	Falso	No sé
CITS19	El uso correcto y constante del condón disminuye la probabilidad de transmisión del VIH por vía sexual.	Cierto	Falso	No sé
CUC20	Si se baja el condón con los dedos antes de abrir el paquete o envoltura es menos probable que se dañe.	Cierto	Falso	No sé

TUS CREENCIAS

A continuación se presentan afirmaciones que se refieren a tus creencias sobre diferentes temas sobre el uso del condón al tener relaciones sexuales. Marca con una "X" que tan de acuerdo o en desacuerdo estás con las afirmaciones. No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo te pedimos tu opinión.

Aun cuando nunca hayas tenido relaciones sexuales con penetración, responde qué tan de acuerdo estás en las siguientes afirmaciones.

Las opciones de respuesta van de menor a mayor acuerdo, y son:

**TD(1)=Totalmente en Desacuerdo D(2)=Desacuerdo I(3)=Indeciso
A(4)=Acuerdo TA(5)=Totalmente de Acuerdo**

1. El hecho de que siempre uses condón cuando tienes sexo vaginal con tu **pareja regular o estable** (*compañero/a con el cual existe un vínculo afectivo y con quien llevas un determinado tiempo de convivir como pareja, ejemplo: novio/a*)...

		TD	D	I	A	TA
CRUC1	Disminuye el placer sexual	1	2	3	4	5
CRUC2	Podría hacer que te sintieras bien contigo mismo	1	2	3	4	5
CRUC3	Protege a tu pareja contra el SIDA	1	2	3	4	5

		TD	D	I	A	TA
CRUC 4	Podría hacer que te preocupes menos	1	2	3	4	5
CRUC 5	Serías una persona responsable	1	2	3	4	5
CRUC 6	Te protege de otras ITS	1	2	3	4	5
CRUC 7	Podría ser muy problemático	1	2	3	4	5
CRUC 8	Te protege contra el SIDA	1	2	3	4	5
CRUC 9	Tu compañero podría pensar que tú tienes una ITS	1	2	3	4	5
CRUC 10	Podría hacer que tu pareja se enoje	1	2	3	4	5
CRUC 11	Protege a tu pareja de otras ITS	1	2	3	4	5
CRUC 12	Podría hacer que te sintieras más limpio	1	2	3	4	5

2. El hecho de que siempre uses condón cuando tienes sexo vaginal con alguna **pareja ocasional o eventual** (*compañerola con quien no necesariamente se tiene un vínculo afectivo y se contacta esporádicamente, o bien lo/a tratas por primera vez*)...

		TD	D	I	A	TA
CRUC 13	Disminuye el placer sexual	1	2	3	4	5
CRUC 14	Podría hacer que te sintieras bien contigo mismo	1	2	3	4	5
CRUC 15	Protege a tu pareja contra el SIDA	1	2	3	4	5
CRUC 16	Podría hacer que te preocupes menos	1	2	3	4	5
CRUC 17	Serías una persona responsable	1	2	3	4	5
CRUC 18	Te protege de otras ITS	1	2	3	4	5
CRUC 19	Podría ser muy problemático	1	2	3	4	5
CRUC 20	Te protege contra el SIDA	1	2	3	4	5
CRUC 21	Tu compañero podría pensar que tú tienes una ITS	1	2	3	4	5
CRUC 22	Podría hacer que tu pareja se enoje	1	2	3	4	5
CRUC 23	Protege a tu pareja de otras ITS	1	2	3	4	5
CRUC 24	Podría hacer que te sintieras más limpio	1	2	3	4	5

ACTITUDES

Aun cuando nunca hayas tenido relaciones sexuales, marca con una X lo que piensas de cada una de las siguientes afirmaciones. Las opciones de respuestas van de 1 a 7; si marcas 1; esto indica que estás totalmente de acuerdo con la frase. Si marcas 7; esto indica que estás totalmente de acuerdo con la frase. El resto de los números indican diferentes grados de acuerdo con la palabra que se presenta, utiliza éstos para encontrar el punto adecuado para lo que ves.

1. Dirías que usar un condón cada vez que tienes sexo vaginal con tu **pareja regular o estable** podría ser...

AC1	Nada excitante	1	2	3	4	5	6	7	Muy excitante
AC2	Incómodo	1	2	3	4	5	6	7	Cómodo
AC3	Muy desagradable	1	2	3	4	5	6	7	Muy agradable
AC4	Nada erótico	1	2	3	4	5	6	7	Muy erótico
AC5	Nada placentero	1	2	3	4	5	6	7	Muy placentero

2. Dirías que usar un condón cada vez que tienes sexo vaginal con alguna **pareja ocasional o eventual** podría ser...

AC6	Nada excitante	1	2	3	4	5	6	7	Muy excitante
AC7	Incómodo	1	2	3	4	5	6	7	Cómodo
AC8	Muy desagradable	1	2	3	4	5	6	7	Muy agradable
AC9	Nada erótico	1	2	3	4	5	6	7	Muy erótico
AC10	Nada placentero	1	2	3	4	5	6	7	Muy placentero

LO QUE TUS AMIGOS PIENSAN DE TÍ

En una escala de 1 a 7, marca con una "X" lo que tú crees que tus amigos más importantes piensan de ti sobre las siguientes afirmaciones:

		Mis amigos piensan que No					Mis amigos piensan que Sí	
NS1	Deberías tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	6	7
NS2	Deberías tener múltiples parejas sexuales.	1	2	3	4	5	6	7
NS3	Deberías usar un condón, cada vez que tú tienes sexo vaginal con tu pareja regular o estable .	1	2	3	4	5	6	7
NS4	Deberías usar un condón, cada vez que tú tienes sexo vaginal con alguna pareja ocasional o eventual .	1	2	3	4	5	6	7

LO QUE SERÍAS CAPAZ DE HACER

1. En una escala de 1 a 7, marca con una X qué tan seguro estás de que puedas usar un condón cada vez que tienes sexo vaginal con tu...

		Muy seguro de NO poder usarlo					Muy seguro de SÍ poder usarlo	
AEUC1	Pareja regular o estable	1	2	3	4	5	6	7
AEUC2	Pareja ocasional o eventual	1	2	3	4	5	6	7

2. En una escala de 1 a 7, marca con una "X" qué tan seguro estás de poder usar siempre un condón con tu **pareja regular o estable** durante el sexo vaginal cuando:

		Absolutamente seguro de que NO puedo					Absolutamente seguro de que SÍ puedo	
AESR1	Tú has bebido alcohol	1	2	3	4	5	6	7
AESR2	Tú has consumido alguna droga	1	2	3	4	5	6	7
AESR3	Tu pareja ha bebido alcohol	1	2	3	4	5	6	7
AESR4	Tú estás muy excitado/a sexualmente	1	2	3	4	5	6	7
AESR5	Tu pareja está muy excitada sexualmente	1	2	3	4	5	6	7

AESR6	Tu pareja ha consumido alguna droga	1	2	3	4	5	6	7
AESR7	A tu pareja no le gusta usar el condón	1	2	3	4	5	6	7

3. En una escala de 1 a 7, marca con una "X" qué tan seguro estás de poder usar siempre un condón con alguna **pareja eventual u ocasional** durante el sexo vaginal cuando:

		Absolutamente seguro de que NO puedo						Absolutamente seguro de que SÍ puedo
AESR8	Tú has bebido alcohol	1	2	3	4	5	6	7
AESR9	Tú has consumido alguna droga	1	2	3	4	5	6	7
AESR10	Tu pareja ha bebido alcohol	1	2	3	4	5	6	7
AESR11	Tú estás muy excitado/a sexualmente	1	2	3	4	5	6	7
AESR12	Tu pareja está muy excitada sexualmente	1	2	3	4	5	6	7
AESR13	Tu pareja ha consumido alguna droga	1	2	3	4	5	6	7
AESR14	A tu pareja no le gusta usar el condón	1	2	3	4	5	6	7

LO QUE ESPERAS HACER

Marca con una X el número que mejor te represente.

I. ¿Qué tan probable es que en la próxima vez que tengas relaciones sexuales (sexo vaginal o anal) uses condón con tu...?

		Nada probable						Totalmente probable
INUC1	Pareja regular o estable	1	2	3	4	5	6	7
INUC2	Pareja ocasional o eventual	1	2	3	4	5	6	7

COMO TE PERCIBES

A continuación se presentan afirmaciones que se refieren a cómo te percibes, marca con una "X" si estás de acuerdo o en desacuerdo con estas afirmaciones.

TA (1)= Totalmente de Acuerdo, A (2)= Acuerdo, D (3)= Desacuerdo, TD (4)= Totalmente en Desacuerdo

		TA	A	D	TD
AU1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	1	2	3	4
AU2	Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.	1	2	3	4
AU3	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	1	2	3	4
AU4	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo (a).	1	2	3	4
AU5	En general estoy satisfecho (a) conmigo mismo (a).	1	2	3	4
AU6	Siento que no tengo mucho de lo que debo estar orgulloso.	1	2	3	4
AU7	En general me inclino a pensar que soy un (a) fracasado (a).	1	2	3	4
AU8	Me gustaría sentir más respeto por mí mismo.	1	2	3	4

		TA	A	D	TD
AU9	Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.	1	2	3	4
AU10	A veces creo que no soy buena persona.	1	2	3	4

COMUNICACIÓN SOBRE TEMAS SEXUALES

Señala con una "X" la frecuencia con la que **platicas** con tu papá, tu mamá y tu pareja actual (o última pareja) sobre los siguientes temas sexuales. Considera que las opciones de respuesta que tienes van de:

**1 (nunca), 2 (casi nunca), 3 (algunas veces),
4 (casi siempre), 5 (una gran cantidad de veces)**

C1	Temas	Papá					Mamá					Pareja				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C1	Cómo se contraen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA															
C2	Cómo manejar la presión de tus amigos y tu pareja ante la posibilidad de tener relaciones sexuales											NO APLICA				
C3	Ventajas y desventajas sobre el uso de pastillas anticonceptivas															
C4	Cómo usar los métodos anticonceptivos															
C5	Cómo protegerte en las relaciones sexuales															
C6	Dónde comprar los condones masculinos															
C7	Las posibles consecuencias de un embarazo															
C8	La posibilidad de tener relaciones sexuales															
C9	El posponer un encuentro sexual															
C10	Ventajas que tiene el condón sobre otros métodos anticonceptivos															
C11	Cómo usar un condón masculino															
C12	El negarse ante la posibilidad de una propuesta sexual															
C13	Cómo son los condones masculinos															
C14	Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA															
C15	Las posibles consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA															
C16	Cómo identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA															
C17	Qué tan seguro es el condón masculino para evitar una ITS y el VIH															

LO QUE PERCIBES DE HOMBRES Y MUJERES

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones, para cada una de ellas indica con una "X" en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Las opciones para que respondas van de menor a mayor acuerdo y son:

1= Totalmente en Desacuerdo (TD); 2= En Desacuerdo (D); 3= Indiferente (I); 4= De Acuerdo (A); 5= Totalmente de Acuerdo (TA).

		TD	D	I	A	TA
EGS1	Una buena esposa debe dedicarse exclusivamente al hogar y al cuidado del marido.	1	2	3	4	5
EG12	Es más fácil para un hombre que para una mujer ligar a otro.	1	2	3	4	5
EGS3	Los hombres deberían tener preferencia sobre las mujeres a la hora de los ascensos.	1	2	3	4	5
EG14	Un hombre es infiel por naturaleza.	1	2	3	4	5
EG15	Un verdadero hombre no muestra sus debilidades y sentimientos.	1	2	3	4	5
EG16	Un buen esposo es el que provee económicamente a su familia	1	2	3	4	5
EG17	La vida es más dura para un hombre que para una mujer.	1	2	3	4	5
EG18	La mujer debería reconocer que al igual que hay trabajos no deseables para ellas por requerir fuerza física, hay otros que no lo son por sus características psicológicas.	1	2	3	4	5
EGS9	Un hombre a diferencia de la mujer necesita de varias parejas sexuales.	1	2	3	4	5
EG110	El hombre tiene mejores habilidades que la mujer para ligar a otra(o).	1	2	3	4	5
EGS11	Es mejor ser hombre que ser mujer.	1	2	3	4	5
EG112	La vida es más fácil y feliz para un hombre que para una mujer.	1	2	3	4	5
EG113	El hombre es superior a la mujer.	1	2	3	4	5

LO QUE PERCIBES DE TUS PADRES

A continuación encontrarás una serie de palabras con respecto al apoyo y supervisión que recibes de tus padres, marca con una "X" la opción que se ajuste a lo que tú percibes. Las opciones para que respondas son:

(1) Nada (2) Casi nada (3) Poco (4) Bastante (5) Mucho

I. En los últimos tres meses, el apoyo que has recibido es...

		Papá					Mamá				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
AF1	Sobre mi educación										
AF2	Cariñoso										
AF3	Comprensivo										
AF4	Con consejos										
AF5	Económico										
AF6	Amoroso										
AF7	Comunicativo										
AF8	Protector										

2. En los últimos tres meses, la supervisión que has recibido es...

		Papá					Mamá				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP1	Comprensiva	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP2	Protectora	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP3	Con respeto	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP4	Confiable	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP5	Por amor	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP6	Cuidadosa	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP7	Sobre mi educación	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP8	Dar consejos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP9	Sobre mis amigos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP10	Responsable	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

LO QUE PERCIBES EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

A continuación encontrarás una serie de palabras con respecto a algunos temas de sexualidad que se transmiten en los medios de comunicación. Marca con una "X" la opción que se ajuste a lo que tú percibes. Las opciones para que respondas son:

(1) Nada (2) Casi nada (3) Poco (4) Bastante (5) Mucho

I. En los últimos seis meses, antes de tu ingreso a la CDIA; qué tanto impactó en tu vida los temas sobre sexualidad en los diferentes medios de comunicación.

		Lo que viste en Televisión					Lo que encontraste en Internet					Lo que escuchaste en la Radio				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
MC1	Métodos anticonceptivos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
MC2	Tener relaciones sexuales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
MC3	Embarazos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
MC4	Infecciones de Transmisión Sexual	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
MC5	Condomes	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
MC6	VIH/SIDA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
MC7	Aborto	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

SOBRE TUS AMIGOS

A continuación encontrarás una serie de situaciones respecto a lo que hacen tus amigos, marca con una "X" la opción que se ajuste a la frecuencia con la que tú percibes que ocurre cada afirmación. Las opciones para que respondas son:

(1) Nunca (2) Casi nunca (3) A veces (4) Casi siempre (5) Siempre

	Mis amigos...	N	CN	AV	CS	S
CA1	Consumen bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5
CA2	Consumen drogas.	1	2	3	4	5
CA3	Fuman.	1	2	3	4	5
CA4	Tienen relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
CA5	Faltan a la escuela.	1	2	3	4	5
CA6	Tienen o tenían bajas calificaciones.	1	2	3	4	5

CA7	Participan en peleas o riñas.	1	2	3	4	5
CA8	Hacen daño o lugares públicos o privados (pintas, destruyen cosas, roban).	1	2	3	4	5

SECCIÓN PARA RESPONDER ÚNICAMENTE POR PERSONAS QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES

LO QUE HACES

El siguiente cuestionario está diseñado para obtener información sobre diferentes aspectos de tu sexualidad; por favor llena los espacios en blanco con la información que se te solicita; y en las preguntas, marca con una "X" la opción de respuesta que mejor refleje tu situación.

PS1. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración (vaginal o anal)?
(1) Sí (2) No (fin del cuestionario)

PS2. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?
A los _____ años.

PS3. Tu primera relación sexual la tuviste con:
(1) Novio(a) (4) Una persona desconocida
(2) Amigo(a) (5) Trabajador/a sexual
(3) Familiar (6) Otra. ¿Cuál? _____

PS4. Tu primera relación sexual ¿fue algo que planeaste con tu pareja?
(1) Sí (2) No

PS5. ¿En qué lugar tuviste tu primera relación sexual?
(1) Un hotel (4) En mi casa
(2) En casa de mi novio(a) (5) En casa de un amigo(a)
(3) En un auto (6) En un antro/bar/disco
(7) Otra. ¿Cuál? _____

PS6. En tu primera relación sexual ¿utilizaste condón?
(1) Sí (2) No

PS7. Marca los métodos que utilizaste en tu primera relación sexual (puedes marcar más de una opción):
(1) Ninguno (2) Condón masculino
(3) Condón femenino (4) Pastillas anticonceptivas
(5) Pastillas del día siguiente/emergencia (6) Otros. ¿Cuál? _____

PS8. Anota el número de personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración en toda tu vida (por favor evita poner afirmaciones como "muchas", "pocas", etc. y escribe el número que realmente has tenido): _____ **personas.**

PS9. Las relaciones sexuales que has tenido han sido:
(1) Vaginales (2) Anales (3) Orales
(4) Vaginales y anales (5) Vaginales y orales (6) Anales y orales
(7) Vaginales, anales y orales

PS10. Con qué frecuencia has tenido *relaciones sexuales* en toda tu vida...

1=nunca. 2=Poco frecuente. 3=Algo frecuente. 4=Frecuentemente. 5=Muy frecuentemente											
		Pareja Regular					Pareja Ocasional				
PS10.1	Con alguien de tu mismo sexo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PS10.2	Con alguien del sexo contrario	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

PS11. De la pregunta anterior, con qué frecuencia has *usado condón* al tener relaciones sexuales.

1=nunca. 2=Poco frecuente. 3=Algo frecuente. 4=Frecuentemente. 5=Muy frecuentemente											
		Pareja Regular					Pareja Ocasional				
PS11.1	Con alguien de tu mismo sexo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PS11.2	Con alguien del sexo contrario	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

PS12. ¿Alguna vez te has hecho la prueba para detectar el VIH?

(1) Sí (2) No (3) No sé como hacérmela

PS13. ¿Alguna vez has tenido alguna Infección de Transmisión Sexual?

(1) Sí. Cuál. _____ (2) No (3) No sé

PS14. ¿Alguna pareja tuya ha tenido un embarazo no planeado por tener relaciones sexuales contigo?

(1) Sí (2) no (3) No sé

PS15. ¿Alguna vez tu pareja ha tenido un aborto por tener relaciones sexuales contigo?

(1) Sí (2) No (3) No sé

Algunas de las siguientes preguntas tendrás que responderlas con base en lo que tú hacías antes de tu ingreso a la CDIA.

PS16. ¿Cuántas veces tuviste relaciones sexuales en los tres meses previos a tu ingreso a la CDIA? (por favor no pongas afirmaciones como “muchas”, “pocas”, etc. y escribe el número que realmente has tenido): _____ veces.

PS17. ¿Cuántas veces usaste el condón en los últimos tres meses previos a tu ingreso a la CDIA? (por favor no pongas afirmaciones como “muchas”, “pocas”, etc. y escribe el número que realmente has tenido): _____ veces.

PS18. ¿Usaste condón en tu última relación sexual?

(1) Sí (2) no

PS19. En los últimos 6 meses previos a tu ingreso a la CDIA, ¿cuántas veces tuviste las siguientes **prácticas sexuales** con tu pareja regular o pareja ocasional?

1=nunca. 2=Poco frecuente. 3=Algo frecuente. 4=Frecuentemente. 5=Muy frecuentemente.											
Tipo de parejas		Pareja Regular					Pareja Ocasional				
PS19.1	Vaginales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PS19.2	Anales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PS19.3	Orales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

PS19.4	Masturbación con tu pareja	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
--------	----------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

PS20. De las prácticas que señalaste en la pregunta anterior que si has tenido, señala ¿con qué **frecuencia usaste condón** en los últimos 6 meses previos a tu ingreso a la CDIA con tu *pareja regular o alguna pareja ocasional*?

1=Nunca. 2=Poco frecuente. 3=Algo frecuente. 4=Frecuentemente. 5=Muy frecuentemente.											
Tipo de pareja		Pareja Regular					Pareja Ocasional				
PS20.1	Vaginales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PS20.2	Anales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PS20.3	Orales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
PS20.4	Masturbación con tu pareja	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

PS21. ¿Con qué frecuencia has tenido relaciones sexuales dentro de las Instalaciones de la CDIA?

- (1) **Nunca** (2) **Poco frecuente** (3) **Algo frecuente**
 (4) **Frecuentemente** (5) **Muy frecuentemente**

PS22. ¿Cuáles son las prácticas sexuales que has tenido dentro de las instalaciones de la CDIA?

- (1) **Anales** (2) **Orales** (3) **Anales y orales**
 (4) **Masturbación en compañía** (5) **Ninguna**

SEXO Y ALCOHOL

PS23. ¿Has consumido bebidas alcohólicas?

- (1) **Sí** (2) **No (pasa a la pregunta 30)**

PS24. ¿Qué tipo de bebidas alcohólicas son las que consumes regularmente? (Puedes marcar más de una opción).

- (1) **Aguardiente** (2) **Vinos** (3) **Licores** (4) **Cerveza** (5) **Tequila**
 (6) **Otro. ¿Cuál?** _____

PS25. ¿Con qué frecuencia consumiste bebidas alcohólicas, en los últimos seis meses previos a tu ingreso a la CDIA?

- (1) **Nunca** (2) **De 1 a 3 veces al mes** (3) **Sólo los fines de semana**
 (4) **De 2 a tres veces a la semana** (5) **Todos los días**

PS26. Antes de ingresar a la CDIA, ¿con qué tipo de pareja tuviste **relaciones sexuales** (sexo vaginal, oral, anal) habiendo consumido bebidas alcohólicas? (Puedes marcar más de una opción).

- (1) **Con ninguna pareja** (2) **Con tu pareja regular**
 (3) **Con alguna pareja ocasional**

PS27. Antes de ingresar a la CDIA, ¿con qué tipo de pareja **usaste el condón** cuando tuviste relaciones sexuales (sexo vaginal, oral, anal) habiendo consumido alcohol? (Puedes marcar más de una opción).

- (1) **Con ninguna pareja** (2) **Con tu pareja regular**
 (3) **Con alguna pareja ocasional**

PS28. En los últimos 6 meses, antes de tu ingreso a la CDIA, ¿con qué frecuencia tuviste **relaciones sexuales**, sean vaginales, orales y/o anales, habiendo consumido algún tipo de bebida alcohólica?

- (1) **Nunca** (2) **Casi nunca** (3) **Algunas veces** (4) **Muchas veces** (5) **Siempre**

PS29. En los últimos 6 meses, antes de tu ingreso a la CDIA, ¿con qué frecuencia **usaste condón** cuando tuviste relaciones sexuales habiendo consumido algún tipo de bebida alcohólica?
(1) Nunca (2) Casi nunca (3) Algunas veces (4) Muchas veces (5) Siempre

SEXO Y DROGAS

PS30. ¿Has consumido drogas?
(1) Sí (2) No (pasa a la sección de Estilos de Negociación)

PS31. ¿Qué tipo de droga es la que consumes? (Puedes marcar más de una opción).
(1) Marihuana (2) Cocaína (3) Crack (4) Alucinógenos
(5) Solventes (6) Heroína (7) Fármacos (8) Otro. Cuál? _____

PS32. ¿Con qué frecuencia consumiste drogas, en los últimos seis meses previos a tu ingreso a la CDIA?
(1) Nunca (2) De 1 a 3 veces al mes (3) sólo los fines de semana
(4) De 2 a tres veces a la semana (5) Todos los días

PS33. Antes de ingresar a la CDIA, ¿con qué tipo de pareja tuviste **relaciones sexuales** (sexo vaginal, oral, anal) habiendo consumido drogas? (Puedes marcar más de una opción).
(1) Con ninguna pareja (2) Con tu pareja regular
(3) Con alguna pareja ocasional

PS34. Antes de ingresar a la CDIA, ¿con qué tipo de pareja **usaste el condón** cuando tuviste relaciones sexuales (sexo vaginal, oral, anal) habiendo consumido drogas? (Puedes marcar más de una opción).
(1) Con ninguna pareja (2) Con tu pareja regular
(3) Con alguna pareja ocasional

PS35. En los últimos 6 meses previos a tu ingreso a la CDIA, ¿con qué frecuencia tuviste **relaciones sexuales**, sean vaginales, orales y/o anales, habiendo consumido drogas?
(1) Nunca (2) Casi nunca (3) Algunas veces (4) Muchas veces (5) Siempre

PS36. En los últimos 6 meses previos a tu ingreso a la CDIA, ¿con qué frecuencia **usaste el condón** cuando tuviste relaciones sexuales habiendo consumido drogas?
(1) Nunca (2) Casi nunca (3) Algunas veces (4) Muchas veces (5) Siempre

ESTILOS DE NEGOCIACIÓN

A continuación se te presentan una serie de afirmaciones. Marca con una "X" en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Las opciones para que respondas son: TD= Totalmente en Desacuerdo; D= Desacuerdo; I= Indeciso (ni acuerdo ni en desacuerdo); A= Acuerdo; TA= Totalmente de Acuerdo.

		TD	D	I	A	TA
EN1	Trato de llegar a un acuerdo con mi pareja para protegernos sexualmente.	1	2	3	4	5
EN2	Impongo mi forma de ser en el terreno sexual.	1	2	3	4	5
EN3	Soy consistente al argumentar mi punto de vista para protegernos sexualmente.	1	2	3	4	5

		TD	D	I	A	TA
EN4	Trato de salirme con la mía cada vez que puedo cuando se trata de relacionarse sexualmente.	1	2	3	4	5
EN5	Cambio mi posición sobre protegerme sexualmente con tal de prevenir conflictos.	1	2	3	4	5
EN6	Me esfuerzo por salirme con la mía cuando se trata de protegerse sexualmente.	1	2	3	4	5
EN7	Busco la ayuda de mi pareja para lograr una solución mutuamente satisfactoria sobre usar el condón.	1	2	3	4	5
EN8	Me adapto a los deseos de mi pareja para protegernos sexualmente aunque inicialmente esté en desacuerdo.	1	2	3	4	5
EN9	Trato de encontrar una solución de mutuo acuerdo sobre el uso del condón.	1	2	3	4	5
EN10	Comparto los problemas con mi pareja de tal manera que podamos encontrar juntos una solución para protegernos sexualmente.	1	2	3	4	5
EN11	Me adapto a los deseos de mi pareja cuando hay desacuerdo entre nosotros para usar el condón.	1	2	3	4	5
EN12	No discuto temas sexuales que pueden provocar conflicto.	1	2	3	4	5
EN13	Evito decir cosas que podrían causar desacuerdo sobre la forma de protegernos sexualmente.	1	2	3	4	5
EN14	Busco soluciones equitativas entre mi pareja y yo cuando hay un conflicto para usar el condón.	1	2	3	4	5
EN15	Me adapto fácilmente a la forma de ser de mi pareja.	1	2	3	4	5

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!!!

B. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

a) Conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS

Tabla B1. Reactivos utilizados en la prueba de conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS.

Área evaluada	No. de reactivo	Afirmación	Respuesta correcta
Sintomatología VIH	C1	Una persona infectada por el VIH puede presentar los síntomas de la infección después de varios años.	Cierto
	C5	Una persona recién infectada por el VIH presenta inmediatamente los síntomas.	Falso
	C17	Una persona con el VIH y que no presenta síntomas de la enfermedad puede transmitir el virus a otra persona mediante contacto sexual.	Cierto
Transmisión VIH	C2	Las jeringas desechables y las esterilizadas aumentan la probabilidad de contagio del VIH por vía sanguínea.	Falso
	C6	La transmisión del VIH es más probable en las prácticas sexuales anales que en el sexo vaginal u oral sin protección.	Cierto
	C8	Una mujer embarazada infectada con el VIH puede transmitir a su hijo el virus del SIDA.	Cierto
Prevención VIH	C11	Limitar el número de compañeros(as) sexuales es una forma de reducir el riesgo de infección del VIH.	Cierto
	C16	Usar condón masculino y femenino al mismo tiempo, es más efectivo para prevenir el VIH.	Falso
	C19	El uso correcto y constante del condón disminuye la probabilidad de transmisión del VIH por vía sexual.	Cierto
Transmisión ITS	C3	Hay ITS que se pueden transmitir sin necesidad de una relación sexual con penetración.	Cierto
	C7	El uso correcto y constante del condón puede prevenir el contagio de algunas ITS.	Cierto
Características ITS	C10	El virus del papiloma humano y el virus del herpes genital son infecciones de transmisión sexual provocadas por bacterias.	Falso
	C12	El virus del papiloma humano y el virus del herpes genital no tienen cura.	Cierto
	C15	Una persona infectada por el virus del herpes simple (VHS) puede pasar años sin presentar sintomatología.	Cierto

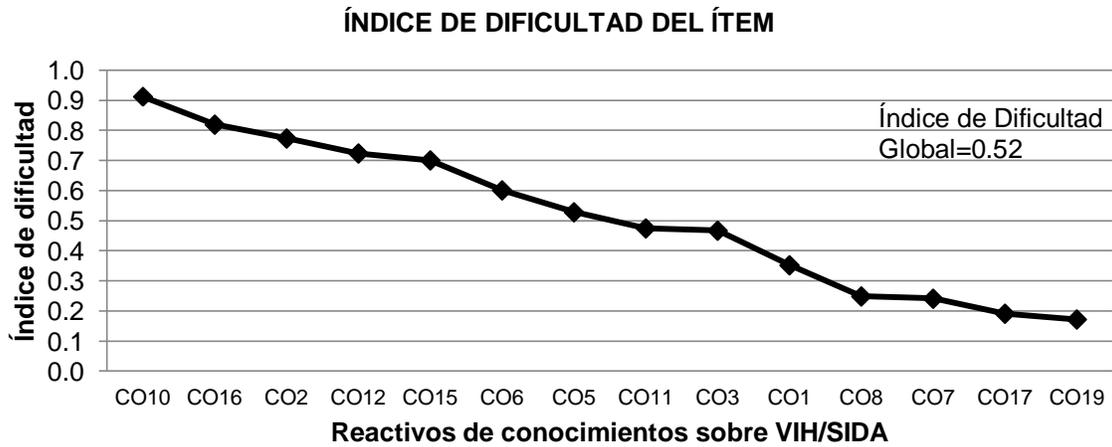


Figura B1. Índice de dificultad del ítem obtenido en cada reactivo de la prueba de conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS.

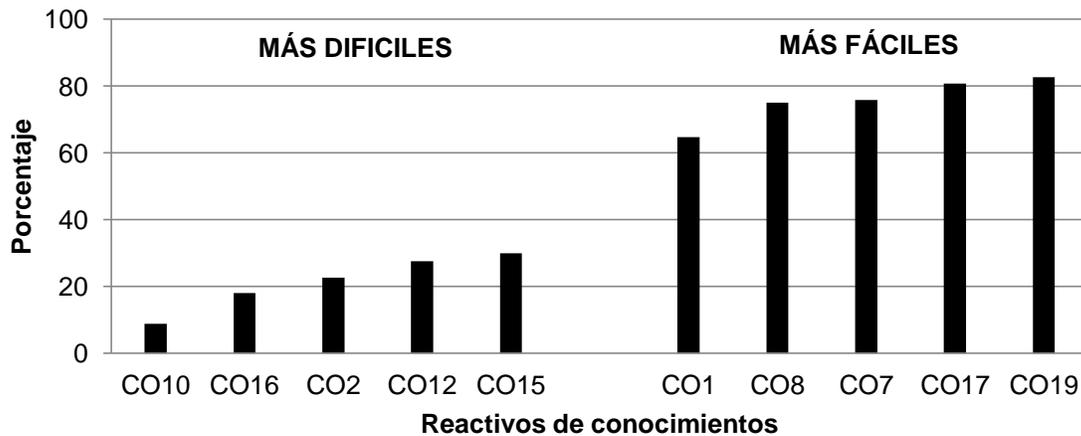


Figura B2. Porcentaje de participantes que respondieron correctamente a los 5 reactivos más difíciles y a los 5 más fáciles.

Tabla B2. Poder de discriminación de cada reactivo de la prueba de conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS.

Reactivo	Gpo. Bajo n=79	Gpo. Alto n=79	X ²	p
CO1	25.3	94.9	79.85	.001
CO2	5.1	49.4	39.14	.001
CO3	30.4	75.9	32.94	.001
CO5	19.0	81.0	60.78	.001
CO6	22.8	40.5	5.73	.017
CO7	57.0	93.7	28.63	.001
CO8	53.2	93.7	33.20	.001
CO10	2.5	17.7	10.01	.001
CO11	30.4	74.7	31.09	.001
CO12	7.6	40.5	23.42	.001
CO15	6.3	54.4	43.21	.001
CO16	3.8	38.0	27.92	.001

Tabla B2. Poder de discriminación de cada reactivo de la prueba de conocimientos sobre VIH/SIDA e ITS.

Reactivo	Gpo. Bajo n=79	Gpo. Alto n=79	χ^2	p
CO17	51.9	98.7	46.60	.001
CO19	54.4	98.7	43.23	.001

Tabla B3. Reactivos que conforman la prueba de conocimientos después del proceso de validación.

Área evaluada	No. de reactivo	Contenido del reactivo
Sintomatología VIH	CO1	Una persona infectada por el VIH puede presentar los síntomas de la infección después de varios años.
	CO5	Una persona recién infectada por el VIH presenta inmediatamente los síntomas.
	CO17	Una persona con el VIH y que no presenta síntomas de la enfermedad puede transmitir el virus a otra persona mediante contacto sexual.
Transmisión VIH	CO2	Las jeringas desechables y las esterilizadas aumentan la probabilidad de contagio del VIH por vía sanguínea.
	CO6	La transmisión del VIH es más probable en las prácticas sexuales anales que en el sexo vaginal u oral sin protección.
	CO8	Una mujer embarazada infectada con el VIH puede transmitir a su hijo el virus del SIDA.
Prevención VIH	CO11	Limitar el número de compañeros(as) sexuales es una forma de reducir el riesgo de infección del VIH.
	CO16	Usar condón masculino y femenino al mismo tiempo, es más efectivo para prevenir el VIH.
	CO19	El uso correcto y constante del condón disminuye la probabilidad de transmisión del VIH por vía sexual.
Características ITS	CO3	Hay ITS que se pueden transmitir sin necesidad de una relación sexual con penetración.
	CO7	El uso correcto y constante del condón puede prevenir el contagio de algunas ITS.
	CO12	El virus del papiloma humano y el virus del herpes genital no tienen cura.

b) Conocimientos sobre el uso del condón

Tabla B4. Reactivos utilizados en la prueba de conocimientos sobre uso del condón.

Área evaluada	No. de reactivo	Afirmación	Respuesta correcta
Conocimientos del uso del condón	CO4	Colocar el condón en el pene erecto hasta llegar a la base del pene hace más probable que se salga durante el acto sexual.	Falso
	CO9	Cuando se coloca un condón, es importante que ajuste perfectamente, sin dejar espacio en la punta.	Falso
	CO13	Los lubricantes a base de aceite solo pueden usarse con los condones de látex.	Falso
	CO14	Un condón cuya fecha de caducidad vence en un año puede utilizarse sin riesgo de que se rompa.	Falso
	CO18	Dejar un espacio sin aire en la punta del condón	Cierto

cuando éste se coloca en el pene hace más probable que se deslice en el acto sexual.
 Si antes de abrir el empaque del condón, éste se baja con los dedos es menos probable que se dañe.

CO20 Cierto

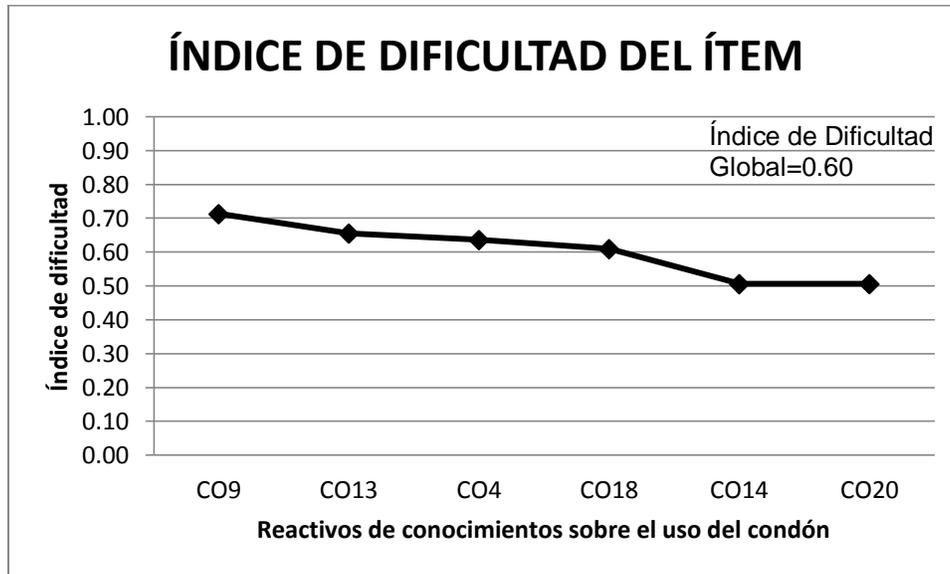


Figura B3. Índice de dificultad del ítem obtenido en cada reactivo de la prueba de conocimientos sobre uso del condón.

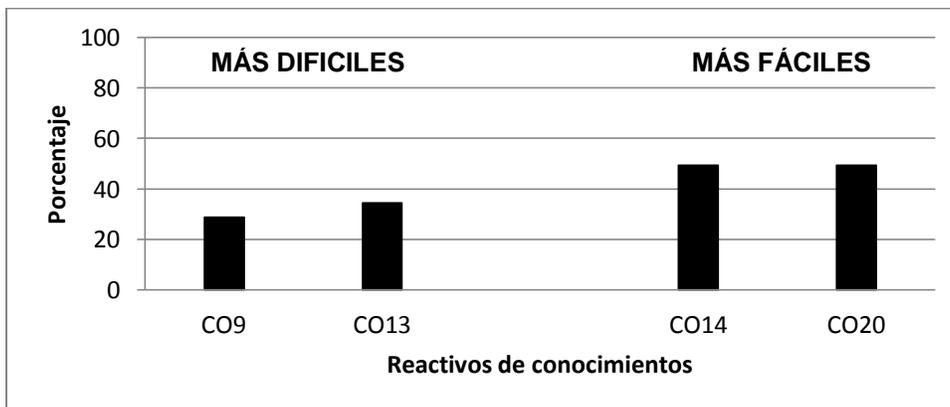


Figura B4. Porcentaje de participantes que respondieron correctamente a los dos reactivos más difíciles y a los dos más fáciles.

Tabla B5. Poder de discriminación de cada reactivo de la prueba de conocimientos sobre uso del condón.

Reactivo	Gpo. Bajo n=79	Gpo. Alto n=79	χ^2	p
CO4	12.7	64.6	44.88	.001
CO9	13.9	40.5	14.09	.001
CO13	12.7	60.8	39.33	.001
CO14	25.3	74.7	38.50	.001

Tabla B5. Poder de discriminación de cada reactivo de la prueba de conocimientos sobre uso del condón.

Reactivo	Gpo. Bajo n=79	Gpo. Alto n=79	χ^2	p
CO18	16.5	49.4	19.37	.001
CO20	27.8	72.2	31.01	.001

c) Creencias sobre el uso del condón

Tabla B6. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del instrumento de creencias sobre el uso del condón con pareja regular.

Reactivo	Gpo. Bajo n= 70	DE	Gpo. Alto n= 65	DE	t	gl	p
CRUC1	2.99	1.46	3.20	1.57	0.818	133	.415
CRUC2	2.77	1.19	4.42	1.04	8.489	133	.001
CRUC3	3.31	1.50	4.98	0.12	8.895	133	.001
CRUC4	3.0	1.43	4.65	0.95	7.777	133	.001
CRUC5	3.21	1.47	4.94	0.30	9.256	133	.001
CRUC6	2.87	1.20	4.95	0.21	13.757	133	.001
CRUC7	2.93	1.40	4.17	1.20	5.480	133	.001
CRUC8	3.0	1.40	4.85	0.47	10.077	133	.001
CRUC9	3.19	1.28	4.46	0.86	6.696	133	.001
CRUC10	2.84	1.39	4.20	0.98	6.496	133	.001
CRUC11	2.94	1.43	4.83	0.45	10.156	133	.001
CRUC12	3.14	1.47	4.72	0.60	8.030	133	.001

Tabla B7. Validez conceptual y consistencia interna del instrumento de creencias sobre el uso del condón con pareja regular.

Número de reactivo y factores	Carga factorial	
	1	2
Factor 1. Creencias de seguridad y protección		
CRUC5	Serías una persona responsable	.826
CRUC3	Protege a tu pareja contra el SIDA	.815
CRUC6	Te protege de otras ITS	.812
CRUC8	Te protege contra el SIDA	.769
CRUC11	Protege a tu pareja de otras ITS	.754
CRUC12	Podría hacer que te sintieras más limpio	.693
CRUC4	Podría hacer que te preocupes menos	.654
CRUC2	Podría hacer que te sintieras bien contigo mismo	.489
Factor 2. Creencias negativas		
CRUC10	Podría hacer que tu pareja se enoje	.791
CRUC9	Tu compañero podría pensar que tú tienes una ITS	.778
CRUC7	Podría ser muy problemático	.622
	Valores Eigen:	4.313 1.705
	Varianza explicada:	39.213 15.503
	Alfa de Cronbach:	0.870 0.580
	Varianza explicada total= 54.716%	
	Alfa de Cronbach total= 0.782	

Tabla B8. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del instrumento de creencias sobre el uso del condón con pareja ocasional.

Reactivo	Gpo. Bajo n= 66	DE	Gpo. Alto n= 70	DE	t	gl	P
CRUC13	2.97	1.40	3.54	1.61	2.206	134	.029
CRUC14	2.74	1.08	4.36	1.27	7.931	134	.001
CRUC15	2.62	1.31	4.84	0.55	13.007	134	.001
CRUC16	2.67	1.25	4.70	0.85	11.078	134	.001
CRUC17	2.74	1.38	4.99	0.12	13.505	134	.001
CRUC18	2.73	1.25	4.96	0.20	14.615	134	.001
CRUC19	2.88	1.33	4.44	0.82	8.28	134	.001
CRUC20	2.59	1.26	4.89	0.36	14.562	134	.001
CRUC21	3.08	1.31	4.17	1.12	5.220	134	.001
CRUC22	2.88	1.35	4.34	1.02	7.151	134	.001
CRUC23	2.80	1.36	4.90	0.38	12.374	134	.001
CRUC24	2.74	1.43	4.79	0.50	11.167	134	.001

Tabla B9. Validez conceptual y consistencia interna del instrumento de creencias sobre el uso del condón con pareja ocasional.

Número de reactivo y factores	Carga factorial	
	1	2
Factor 1. Creencias de seguridad y protección		
CRUC15	Protege a tu pareja contra el SIDA	.854
CRUC18	Te protege de otras ITS	.853
CRUC17	Serías una persona responsable	.850
CRUC20	Te protege contra el SIDA	.818
CRUC24	Podría hacer que te sintieras más limpio	.793
CRUC23	Protege a tu pareja de otras ITS	.770
CRUC16	Podría hacer que te preocupes menos	.727
CRUC14	Podría hacer que te sintieras bien contigo mismo	.574
Factor 2. Creencias negativas		
CRUC22	Podría hacer que tu pareja se enoje	.802
CRUC19	Podría ser muy problemático	.781
CRUC21	Tu compañero podría pensar que tú tienes una ITS	.757
CRUC13	Disminuye el placer sexual	.458
	Valores Eigen:	4.978 2.057
	Varianza explicada:	41.484 17.138
	Alfa de Cronbach:	0.908 0.661
	Varianza explicada total= 58.622%	
	Alfa de Cronbach total= 0.804	

d) Actitudes hacia el uso del condón

Tabla B10. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del instrumento de actitudes hacia el uso del condón con pareja regular.

Reactivo	Gpo. Bajo n= 62	DE	Gpo. Alto n= 60	DE	t	gl	p
AC1	2.21	1.57	5.95	1.22	14.631	120	.001
AC2	1.81	1.17	6.15	1.27	19.620	120	.001
AC3	2.18	1.27	6.17	1.07	18.652	120	.001
AC4	1.92	1.32	5.82	1.47	15.360	120	.001
AC5	1.92	1.06	6.17	0.96	23.172	120	.001

Tabla B11. Validez conceptual y consistencia interna del instrumento de actitudes hacia el uso del condón con pareja regular.

Número de reactivo y factor		Carga factorial
Factor único		
AC5	Nada placentero - Muy placentero	.859
AC3	Muy desagradable - Muy agradable	.837
AC2	Incómodo – Cómodo	.831
AC4	Nada erótico - Muy erótico	.806
AC1	Nada excitante - Muy excitante	.725
Varianza explicada = 66.057%		
Alfa de Cronbach =0.870		

Tabla B12. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del instrumento de actitudes hacia el uso del condón con pareja ocasional.

Reactivo	Gpo. Bajo n= 58	DE	Gpo. Alto n= 64	DE	t	gl	p
AC6	2.03	1.25	5.75	1.44	15.070	120	.001
AC7	1.97	0.99	6.27	1.25	20.910	120	.001
AC8	2.29	1.29	6.13	1.09	17.706	120	.001
AC9	1.98	1.06	6.06	1.06	21.082	120	.001
AC10	2.33	1.34	6.14	1.24	16.211	120	.001

Tabla B13. Validez conceptual y consistencia interna del instrumento de actitudes hacia el uso del condón con pareja ocasional.

Número de reactivo y factor		Carga factorial
Factor único		
AC9	Nada erótico - Muy erótico	.823
AC8	Muy desagradable - Muy agradable	.801
AC6	Nada excitante - Muy excitante	.784
AC10	Nada placentero - Muy placentero	.783
AC7	Incómodo - Cómodo	.765
Varianza explicada = 62.628%		
Alfa de Cronbach =0.850		

e) Autoeficacia para usar condón en situaciones de riesgo

Tabla B14. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del instrumento de autoeficacia para usar condón en situaciones de riesgo con pareja regular.

Reactivo	Gpo. Bajo n= 76	DE	Gpo. Alto n= 68	DE	t	gl	p
AESR1	1.93	1.61	6.28	1.47	16.765	142	.001
AESR2	1.47	1.19	5.97	1.94	16.899	142	.001
AESR3	1.70	1.40	6.19	1.70	17.333	142	.001
AESR4	2.07	1.78	6.29	1.30	16.071	142	.001
AESR5	2.04	1.80	6.37	1.32	16.269	142	.001
AESR6	1.54	1.35	5.12	2.56	10.644	142	.001
AESR7	2.97	2.28	5.43	2.25	6.478	142	.001

Tabla B15. Validez conceptual y consistencia interna del instrumento de autoeficacia para usar condón en situaciones de riesgo con pareja regular.

Número de reactivo y factor		Carga factorial
Factor único		
AESR6	Tu pareja ha consumido alguna droga	.826
AESR3	Tu pareja ha bebido alcohol	.800
AES2	Tú has consumido alguna droga	.714
AESR1	Tú has bebido alcohol	.645
Varianza explicada = 43.003%		
Alfa de Cronbach =0.775		

Tabla B16. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del instrumento de autoeficacia para usar condón en situaciones de riesgo con pareja ocasional.

Reactivo	Gpo. Bajo n= 67	DE	Gpo. Alto n= 66	DE	t	gl	P
AESR8	1.73	1.53	6.86	0.38	26.374	131	.001
AESR9	1.51	1.37	6.80	0.78	27.192	131	.001
AESR10	1.60	1.21	6.64	1.15	24.426	131	.001
AESR11	2.03	1.80	6.73	0.71	19.645	131	.001
AESR12	2.06	1.74	6.83	0.48	21.489	131	.001
AESR13	1.43	1.18	6.56	1.45	22.280	131	.001
AESR14	2.81	2.33	6.41	1.53	10.484	131	.001

Tabla B17. Validez conceptual y consistencia interna del instrumento de autoeficacia para usar condón en situaciones de riesgo con pareja ocasional.

Número de reactivo y factores		Carga factorial	
		1	2
Factor 1. Alcohol y drogas			
AESR13	Tu pareja ha consumido alguna droga	.836	
AESR10	Tu pareja ha bebido alcohol	.833	
AESR9	Tú has consumido alguna droga	.801	
AESR8	Tú has bebido alcohol	.688	
Factor 2. Excitación			
AESR12	Tu pareja está muy excitada sexualmente		.911
AESR11	Tú estás muy excitado/a sexualmente		.894
AESR14	A tu pareja no le gusta usar el condón		.574
		Valores Eigen:	2.669
		Varianza explicada:	38.126
		Alfa de Cronbach:	0.851
		Alfa de Cronbach total=	0.783
		Varianza explicada total=	70.142%
		Alfa de Cronbach total=	0.857

f) Autoestima

Tabla B18. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del instrumento de autoestima.

Reactivo	Gpo. Bajo n= 72	DE	Gpo. Alto n= 79	DE	t	GI	P
AU1	1.31	0.57	2.53	1.19	7.849	149	.001
AU2	1.18	0.387	2.59	1.06	10.613	149	.001
AU3	1.13	0.44	2.66	1.06	11.393	149	.001
AU4	1.14	0.348	2.76	1.08	12.078	149	.001
AU5	1.28	0.537	2.66	1.07	9.851	149	.001
AU6	1.97	1.02	2.83	1.05	5.100	149	.001
AU7	1.15	0.39	2.68	1.04	11.680	149	.001
AU8	2.56	1.16	2.78	1.05	1.193	149	.05
AU9	1.16	0.55	2.78	1.04	11.701	149	.001
AU10	1.81	0.99	2.65	1.10	4.871	149	.001

Tabla B19. Validez conceptual y consistencia interna del instrumento de autoestima.

Número de reactivo y factores		Carga factorial
		1
Factor Único		
AU2	Estoy convencido de que tengo cualidades buenas	.885
AU3	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	.883
AU4	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	.838
AU5	En general estoy satisfecho conmigo mismo.	.812
AU9	Hay veces que realmente pienso que soy un inútil	.744
AU1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	.727
AU10	A veces creo que no soy buena persona	.710
AU7	En general me inclino a pensar que soy un (a) fracasado	.640
AU8	Me gustaría sentir más respeto por mí mismo	.577
AU6	Siento que no tengo mucho de lo que debo estar orgulloso	.506
		Varianza explicada total=
		Alfa de Cronbach total=
		0.730

g) Comunicación sobre temas sexuales

Tabla B20. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del instrumento de comunicación sobre temas sexuales con el padre.

Reactivo	Gpo. Bajo n= 88	DE	Gpo. Alto n= 65	DE	t	gl	p
C1	1.0	0	4.15	1.13	26.095	151	.001
C2	1.0	0	3.89	1.23	21.924	151	.001
C3	1.0	0	4.05	1.17	24.279	151	.001
C4	1.0	0	4.43	0.90	35.767	151	.001
C5	1.0	0	4.66	0.56	60.682	151	.001
C6	1.0	0	4.54	0.96	34.279	151	.001
C7	1.0	0	4.58	0.99	33.723	151	.001
C8	1.0	0	4.37	0.84	37.679	151	.001
C9	1.0	0	3.66	1.42	17.502	151	.001
C10	1.0	0	4.45	0.952	33.981	151	.001
C11	1.0	0	4.55	1.04	31.901	151	.001
C12	1.0	0	3.95	1.37	20.188	151	.001
C13	1.0	0	4.46	1.13	28.694	151	.001
C14	1.0	0	4.83	0.62	57.406	151	.001
C15	1.0	0	4.68	0.88	38.986	151	.001
C16	1.0	0	4.46	0.88	36.725	151	.001
C17	1.0	0	4.72	0.60	58.309	151	.001

Tabla B21. Validez conceptual y consistencia interna del instrumento de comunicación sobre temas sexuales con el padre.

Número de reactivo y factor		Carga factorial
Factor único		
C5	Cómo protegerte en las relaciones sexuales	.916
C14	Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA	.898
C17	Qué tan seguro es el condón masculino para evitar una ITS y el VIH	.897
C8	La posibilidad de tener relaciones sexuales	.892
C10	Ventajas que tiene el condón sobre otros métodos anticonceptivos	.886
C16	Cómo identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA	.879
C15	Las posibles consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA	.877
C4	Cómo usar los métodos anticonceptivos	.873
C6	Dónde comprar los condones masculinos	.857
C11	Cómo usar un condón masculino	.844
C1	Cómo se contraen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA	.832
C13	Cómo son los condones masculinos	.831
C7	Las posibles consecuencias de un embarazo	.828
C12	El negarse ante la posibilidad de una propuesta sexual	.824
C3	Ventajas y desventajas sobre el uso de pastillas anticonceptivas	.791
C9	El posponer un encuentro sexual	.779
C2	Cómo manejar la presión de tus amigos y tu pareja ante la posibilidad de tener relaciones sexuales	.749
Varianza explicada = 72.464%		
Alfa de Cronbach =0.976		

Tabla B22. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del instrumento de comunicación sobre temas sexuales con la madre.

Reactivo	Gpo. Bajo n= 66	DE	Gpo. Alto n= 65	DE	t	gl	P
C1	1.0	0	4.20	1.03	25.918	129	.001
C2	1.0	0	4.12	1.13	22.279	129	.001
C3	1.0	0	4.37	0.94	28.970	129	.001
C4	1.0	0	4.51	0.868	32.823	129	.001
C5	1.0	0	4.65	0.57	51.886	129	.001
C6	1.0	0	4.62	0.74	39.503	129	.001
C7	1.0	0	4.92	0.32	99.137	129	.001
C8	1.0	0	4.28	0.92	28.715	129	.001
C9	1.0	0	3.42	1.49	13.092	129	.001
C10	1.0	0	4.43	1.01	27.461	129	.001
C11	1.0	0	4.18	1.23	20.932	129	.001
C12	1.0	0	3.77	1.42	15.814	129	.001
C13	1.0	0	4.18	1.26	20.517	129	.001
C14	1.0	0	4.74	0.83	36.403	129	.001
C15	1.0	0	4.71	0.76	39.381	129	.001
C16	1.0	0	4.43	0.93	29.814	129	.001
C17	1.0	0	4.77	0.55	55.424	129	.001

Tabla B23. Validez conceptual y consistencia interna del instrumento de comunicación sobre temas sexuales con la madre.

Número de reactivo y factor		Carga factorial
Factor único		
C5	Cómo protegerte en las relaciones sexuales	.884
C17	Qué tan seguro es el condón masculino para evitar una ITS y el VIH	.862
C6	Dónde comprar los condones masculinos	.860
C8	La posibilidad de tener relaciones sexuales	.859
C16	Cómo identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA	.855
C7	Las posibles consecuencias de un embarazo	.853
C15	Las posibles consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA	.852
C14	Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA	.848
C4	Cómo usar los métodos anticonceptivos	.846
C10	Ventajas que tiene el condón sobre otros métodos anticonceptivos	.836
C11	Cómo usar un condón masculino	.811
C1	Cómo se contraen las ITS y el VIH/SIDA	.806
C3	Ventajas y desventajas sobre el uso de pastillas anticonceptivas	.803
C13	Cómo son los condones masculinos	.797
C12	El negarse ante la posibilidad de una propuesta sexual	.785
C2	Cómo manejar la presión de tus amigos y tu pareja ante la posibilidad de tener relaciones sexuales	.764
Varianza explicada = 68.534%		
Alfa de Cronbach =0.971		

Tabla B24. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del instrumento de comunicación sobre temas sexuales con la pareja.

Reactivo	Gpo. Bajo n= 65	DE	Gpo. Alto n= 64	DE	t	gl	p
C1	1.26	0.75	4.47	0.83	22.877	127	.001
C3	1.28	0.67	4.50	0.95	22.112	127	.001
C4	1.15	0.59	4.56	0.88	25.670	127	.001
C5	1.17	0.62	4.17	0.49	36.111	127	.001
C6	1.14	0.52	4.47	1.02	23.297	127	.001
C7	1.22	0.64	4.73	0.67	30.238	127	.001
C8	1.17	0.60	4.72	0.60	33.465	127	.001
C9	1.11	0.43	4.20	1.17	19.949	127	.001
C10	1.08	0.32	4.69	0.66	39.416	127	.001
C11	1.06	0.34	4.20	1.26	19.336	127	.001
C12	1.0	0	3.89	1.31	17.781	127	.001
C13	1.06	0.348	4.36	1.16	21.945	127	.001
C14	1.11	0.40	4.88	0.37	54.956	127	.001
C15	1.08	0.367	4.94	0.24	70.259	127	.001
C16	1.05	0.27	4.38	1.03	25.130	127	.001
C17	1.08	0.32	4.63	0.74	35.198	127	.001

Tabla B25. Validez conceptual y consistencia interna del instrumento de comunicación sobre temas sexuales con la pareja.

Número de reactivo y factor		Carga factorial
Factor único		
C5	Cómo protegerte en las relaciones sexuales	.855
C15	Las posibles consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA	.853
C14	Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA	.846
C10	Ventajas que tiene el condón sobre otros métodos anticonceptivos	.842
C17	Qué tan seguro es el condón masculino para evitar una ITS y el VIH	.818
C16	Cómo identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA	.804
C8	La posibilidad de tener relaciones sexuales	.799
C7	Las posibles consecuencias de un embarazo	.785
C6	Dónde comprar los condones masculinos	.766
C11	Cómo usar un condón masculino	.763
C13	Cómo son los condones masculinos	.762
C9	El posponer un encuentro sexual	.756
C12	El negarse ante la posibilidad de una propuesta sexual	.754
Varianza explicada = 62.226%		
Alfa de Cronbach =0.951		

Tabla B26. Análisis de confiabilidad del total de la escala si se elimina reactivo por escala de temas de comunicación.

	Comunicación de temas sexuales con el padre			Comunicación de temas sexuales con la madre			Comunicación de temas sexuales con la pareja		
	Media de la escala si se elimina	Correlación elemento-total corregida	α si se elimina	Media de la escala si se elimina	Correlación elemento-total corregida	α si se elimina	Media de la escala si se elimina	Correlación elemento-total corregida	α si se elimina
C1	39.01	.809	.975	38.65	.784	.969	-	-	-
C2	39.09	.720	.976	38.81	.737	.970	-	-	-
C3	39.13	.765	.975	38.75	.779	.969	-	-	-
C4	38.86	.854	.974	38.56	.828	.969	-	-	-
C5	38.69	.902	.974	38.44	.870	.968	33.54	.812	.951
C6	38.83	.838	.975	38.65	.840	.968	33.86	.750	.952
C7	38.72	.805	.975	38.16	.835	.968	33.54	.746	.952
C8	38.92	.875	.974	38.75	.826	.969	33.58	.766	.952
C9	39.28	.751	.976	-	-	-	33.97	.714	.953
C10	38.87	.867	.974	38.65	.803	.969	33.82	.816	.951
C11	38.93	.823	.975	39.02	.778	.969	34.20	.741	.953
C12	39.23	.800	.975	39.12	.744	.970	34.26	.721	.953
C13	38.98	.809	.975	38.97	.763	.969	34.13	.739	.953
C14	38.56	.883	.974	38.22	.831	.969	33.54	.815	.951
C15	38.70	.859	.974	38.40	.836	.968	33.69	.826	.950
C16	39.01	.861	.974	38.73	.832	.968	34.12	.778	.952
C17	38.67	.881	.974	38.47	.847	.968	33.67	.782	.951

Tabla B27. Reactivos que conforman la prueba de comunicación sobre temas sexuales después del proceso de validación.

No. de reactivo	Contenido del reactivo
C4	Cómo usar los métodos anticonceptivos
C5	Cómo protegerte en las relaciones sexuales
C6	Dónde comprar los condones masculinos
C8	La posibilidad de tener relaciones sexuales
C9	El posponer un encuentro sexual
C10	Ventajas que tiene el condón sobre otros métodos anticonceptivos
C12	Cómo usar un condón masculino
C14	Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA
C15	Las posibles consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA
C16	Cómo identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA

h) Estereotipos

Tabla B28. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del instrumento de estereotipos.

Reactivo	Gpo. Bajo n= 71	DE	Gpo. Alto n= 69	DE	t	gl	p
EG1	1.96	1.25	4.16	1.17	10.709	138	.001
EG2	1.76	0.96	3.62	1.38	9.266	138	.001
EG3	1.62	0.97	3.62	1.16	11.043	138	.001
EG4	1.48	0.82	3.75	1.36	11.965	138	.001
EG5	1.58	1.11	3.74	1.25	10.767	138	.001
EG6	3.08	1.63	4.57	0.84	6.692	138	.001
EG7	1.55	0.78	3.90	1.10	14.551	138	.001
EG8	2.13	1.27	3.67	1.15	7.470	138	.001
EG9	1.32	0.55	3.23	1.33	11.133	138	.001
EG10	1.48	0.69	3.83	1.16	14.552	138	.001
EG11	1.68	0.96	3.88	0.99	13.324	138	.001
EG12	1.31	0.60	3.55	1.06	15.399	138	.001
EG13	1.25	0.62	3.65	1.21	14.663	138	.001

Tabla B29. Validez conceptual y consistencia interna del instrumento de estereotipos.

Número de reactivo y factores		Carga factorial	
		1	2
Factor 1. Visión estereotipada en el ámbito interpersonal			
EG13	El hombre es superior a la mujer	.751	
EG12	La vida es más fácil y feliz para un hombre que para una mujer	.713	
EG10	El hombre tiene mejores habilidades que la mujer para cortejar a otra(o)	.690	
EG11	Es mejor ser hombre que ser mujer	.690	
EG9	Un hombre a diferencia de la mujer necesita de varias parejas sexuales	.665	
EG7	La vida es más dura para un hombre que para una mujer	.605	
EG4	Un hombre es infiel por naturaleza	.548	
EG5	Un verdadero hombre no muestra sus debilidades y sentimientos	.409	
Factor 2. Visión estereotipada en el ámbito social			
EG1	Una buena esposa debe dedicarse exclusivamente al hogar y al cuidado del marido.		.766
EG2	Es más fácil para un hombre que para una mujer cortejar a otro (a).		.651
EG3	Los hombres deberían tener preferencia sobre las mujeres a la hora de los ascensos		.596
EG6	Un buen esposo es el que provee económicamente a su familia		.417
Valores Eigen:		3.592	2.088
Varianza explicada:		27.631	16.063
Alfa de Cronbach:		0.849	0.626
Varianza explicada total= 54.993%			
Alfa de Cronbach total= 0.854			

i) Apoyo familiar

Tabla B30. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del instrumento de apoyo paterno.

Reactivo	Gpo. Bajo n= 77	DE	Gpo. Alto n= 74	DE	t	GI	P
AF1	1.0	0	4.89	0.35	96.554	149	.001
AF2	1.0	0	4.89	0.31	109.25	149	.001
AF3	1.0	0	4.91	0.29	116.32	149	.001
AF4	1.0	0	4.97	0.16	213.55	149	.001
AF5	1.0	0	4.86	0.44	75.718	149	.001
AF6	1.0	0	4.95	0.22	152.10	149	.001
AF7	1.0	0	4.92	0.32	107.20	149	.001
AF8	1.0	0	4.93	0.30	114.97	149	.001

Tabla B31. Validez conceptual y consistencia interna del instrumento de apoyo paterno.

Número de reactivo y factor		Carga factorial
Factor único		
AF6	Amoroso	.970
AF3	Comprensivo	.960
AF8	Protector	.959
AF2	Cariñoso	.957
AF4	Con consejos	.956
AF7	Comunicativo	.951
AF5	Económico	.943
AF1	Sobre mi educación	.932
Varianza explicada = 90.909%		
Alfa de Cronbach =0.986		

Tabla B32. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del instrumento de apoyo materno.

Reactivo	Gpo. Bajo n= 69	DE	Gpo. Alto n= 80	DE	t	gl	p
AF1	2.30	1.51	5.0	0	15.896	147	.001
AF2	2.26	1.42	5.0	0	17.251	147	.001
AF3	2.17	1.30	5.0	0	19.371	147	.001
AF4	2.26	1.44	5.0	0	17.005	147	.001
AF5	2.14	1.27	5.0	0	20.039	147	.001
AF6	2.09	1.23	5.0	0	21.133	147	.001
AF7	2.07	1.27	5.0	0	20.539	147	.001
AF8	2.19	1.39	5.0	0	18.728	147	.001

Tabla B33. Validez conceptual y consistencia interna del instrumento de apoyo materno.

Número de reactivo y factor		Carga factorial
Factor único		
AF6	Amoroso	.966
AF2	Cariñoso	.960
AF8	Protector	.954
AF3	Comprensivo	.953
AF7	Comunicativo	.949
AF4	Con consejos	.941
AF1	Sobre mi educación	.898
AF5	Económico	.891
Varianza explicada =88.256%		
Alfa de Cronbach =0.981		

j) Supervisión familiar

Tabla B34. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del instrumento de supervisión paterna.

Reactivo	Gpo. Bajo n= 81	DE	Gpo. Alto n= 77	DE	t	gl	p
SF1	1.0	0	4.84	0.36	94.781	156	.001
SF2	1.0	0	4.94	0.24	142.81	156	.001
SF3	1.0	0	4.97	0.22	156.95	156	.001
SF4	1.0	0	4.97	0.16	223.43	156	.001
SF5	1.0	0	4.97	0.16	223.49	156	.001
SF6	1.0	0	4.99	0.11	314.92	156	.001
SF7	1.0	0	4.94	0.24	142.81	156	.001
SF8	1.0	0	4.95	0.22	159.09	156	.001
SF9	1.0	0	4.87	0.40	85.216	156	.001
SF10	1.0	0	5.0	0	*		

*No puede calcularse t porque las desviaciones típicas de ambos grupos son 0.

Tabla B35. Validez conceptual y consistencia interna del instrumento de supervisión paterna.

Número de reactivo y factor		Carga factorial
Factor único		
SF5	Por amor	.975
SF1	Comprensiva	.971
SF3	Con respeto	.969
SF10	Responsable	.967
SF6	Cuidadosa	.966
SF8	Dar consejos	.965
SF4	Confiable	.964
SF2	Protectora	.955
SF7	Sobre mi educación	.936
SF9	Sobre mis amigos	.896
Varianza explicada =91.518%		
Alfa de Cronbach =0.990		

Tabla B36. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del instrumento de supervisión materna.

Reactivo	Gpo. Bajo n= 68	DE	Gpo. Alto n= 89	DE	t	gl	p
SF1	2.07	1.31	5.0	0	20.946	155	.001
SF2	1.99	1.28	5.0	0	22.120	155	.001
SF3	2.09	1.33	5.0	0	20.592	155	.001
SF4	2.01	1.31	5.0	0	21.519	155	.001
SF5	2.22	1.45	5.0	0	18.791	155	.001
SF6	2.25	1.49	5.0	0	17.429	155	.001
SF7	2.13	1.46	5.0	0	18.484	155	.001
SF8	2.24	1.44	5.0	0	18.046	155	.001
SF9	2.03	1.37	5.0	0	20.461	155	.001
SF10	2.34	1.56	5.0	0	16.105	155	.001

Tabla B37. Validez conceptual y consistencia interna del instrumento de supervisión materna.

Número de reactivo y factor		Carga factorial
Factor único		
SF6	Cuidadosa	.972
SF5	Por amor	.972
SF3	Con respeto	.969
SF1	Comprensiva	.960
SF10	Responsable	.956
SF8	Dar consejos	.951
SF2	Protectora	.942
SF4	Confiable	.929
SF7	Sobre mi educación	.888
SF9	Sobre mis amigos	.819
Varianza explicada =87.769%		
Alfa de Cronbach =0.984		

k) Influencia de los medios de comunicación

Tabla B38. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del instrumento sobre la influencia de los medios de comunicación: Televisión.

Reactivo	Gpo. Bajo n= 68	DE	Gpo. Alto n= 77	DE	t	gl	p
MC1	1.40	0.86	4.09	1.01	17.067	143	.001
MC2	1.35	0.84	4.19	1.08	17.409	143	.001
MC3	1.28	0.68	4.69	0.69	29.660	143	.001
MC4	1.21	0.53	4.77	0.60	37.355	143	.001
MC5	1.40	0.93	4.78	0.47	27.966	143	.001
MC6	1.12	0.36	4.83	0.44	54.626	143	.001
MC7	1.13	0.42	4.82	0.60	42.269	143	.001

Tabla B39. Validez conceptual y consistencia interna del instrumento sobre la influencia de los medios de comunicación: Televisión.

Número de reactivo y factor		Carga factorial
Factor único		
MC3	Embarazos	.874
MC5	Condomes	.871
MC6	VIH/SIDA	.868
MC4	Infecciones de Transmisión Sexual	.863
MC7	Aborto	.835
MC1	Métodos anticonceptivos	.789
MC2	Tener relaciones sexuales	.770
Varianza explicada =70.449%		
Alfa de Cronbach =0.930		

Tabla B40. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del instrumento sobre la influencia de los medios de comunicación: Internet.

Reactivo	Gpo. Bajo n= 85	DE	Gpo. Alto n= 68	DE	t	gl	p
MC1	1.0	0	4.69	0.58	58.754	151	.001
MC2	1.0	0	4.71	0.73	46.573	151	.001
MC3	1.0	0	4.72	0.75	45.772	151	.001
MC4	1.0	0	4.96	0.20	176.43	151	.001
MC5	1.0	0	4.88	0.40	88.175	151	.001
MC6	1.0	0	4.93	0.26	137.78	151	.001
MC7	1.0	0	4.90	0.42	83.995	151	.001

Tabla B41. Validez conceptual y consistencia interna del instrumento sobre la influencia de los medios de comunicación: Internet.

Número de reactivo y factor		Carga factorial
Factor único		
MC6	VIH/SIDA	.940
MC3	Embarazos	.929
MC4	Infecciones de Transmisión Sexual	.919
MC5	Condomes	.914
MC7	Aborto	.902
MC1	Métodos anticonceptivos	.891
MC2	Tener relaciones sexuales	.876
Varianza explicada =82.832%		
Alfa de Cronbach =0.965		

Tabla B42. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del instrumento sobre la influencia de los medios de comunicación:

Radio.							
Reactivo	Gpo. Bajo n= 99	DE	Gpo. Alto n= 88	DE	t	gl	p
MC1	1.0	0	3.11	1.02	20.585	185	.001
MC2	1.0	0	3.32	1.16	19.402	185	.001
MC3	1.0	0	3.65	1.10	23.866	185	.001
MC4	1.0	0	3.81	1.02	27.209	185	.001
MC5	1.0	0	3.63	1.02	25.599	185	.001
MC6	1.0	0	3.98	1.07	27.647	185	.001
MC7	1.0	0	3.70	1.12	23.905	185	.001

Tabla B43. Validez conceptual y consistencia interna del instrumento sobre la influencia de los medios de comunicación:

Radio.		
Número de reactivo y factor		Carga factorial
Factor único		
MC4	Infecciones de Transmisión Sexual	.896
MC6	VIH/SIDA	.876
MC3	Embarazos	.871
MC5	Condomes	.860
MC2	Tener relaciones sexuales	.828
MC1	Métodos anticonceptivos	.828
MC7	Aborto	.804
Varianza explicada =72.658%		
Alfa de Cronbach =0.936		

l) Características de riesgo de los amigos

Tabla B44. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del instrumento sobre características de riesgo de los amigos.

Reactivo	Gpo. Bajo n= 71	DE	Gpo. Alto n= 68	DE	t	gl	p
CA1	1.97	0.86	4.34	0.85	16.230	137	.001
CA2	1.15	0.46	4.06	1.17	19.360	137	.001
CA3	2.03	1.06	4.56	0.78	15.889	137	.001
CA4	2.63	0.93	4.31	1.05	9.945	137	.001
CA5	1.69	1.30	3.04	1.65	5.374	137	.001
CA6	2.01	0.91	3.63	1.38	8.168	137	.001
CA7	1.24	0.57	4.16	1.14	19.208	137	.001
CA8	1.04	0.20	3.47	1.61	12.562	137	.001

Tabla B45. Validez conceptual y consistencia interna del instrumento sobre características de riesgo de los amigos.

Número de reactivo y factor		Carga factorial
Factor único		
CA7	Participan en peleas o riñas	.830
CA2	Consumen drogas	.809
CA1	Consumen bebidas alcohólicas	.798
CA8	Hacen daño o lugares públicos o privados (pintas, destruyen cosas, roban)	.776
CA3	Fuman	.731
CA4	Tienen relaciones sexuales	.671
CA6	Tienen o tenían bajas calificaciones	.604
Varianza explicada =49.666%		
Alfa de Cronbach =0.869		

m) Estilos de negociación

Tabla B46. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos del instrumento de estilos de negociación.

Reactivo	Gpo. Bajo n= 61	DE	Gpo. Alto n= 56	DE	t	gl	p
EN1	2.44	1.50	4.77	0.53	10.963	115	.001
EN2	2.48	1.19	4.32	0.95	9.192	115	.001
EN3	2.75	1.27	4.63	0.75	9.566	115	.001
EN4	2.51	1.43	3.54	1.52	3.757	115	.001
EN5	2.41	1.18	4.25	1.10	8.670	115	.001
EN6	2.25	1.20	4.29	1.07	9.627	115	.001
EN7	2.77	1.33	4.68	0.83	9.182	115	.001
EN8	2.36	1.35	4.66	0.76	11.16	115	.001
EN9	2.77	1.37	4.75	0.47	10.248	115	.001
EN10	2.82	1.50	4.82	0.60	9.310	115	.001
EN11	2.66	1.23	4.61	0.67	10.448	115	.001
EN12	2.54	1.28	3.98	1.39	5.816	115	.001
EN13	2.70	1.39	4.27	1.24	6.377	115	.001
EN14	2.79	1.26	4.64	0.64	9.855	115	.001
EN15	3.03	1.43	4.73	0.48	8.415	115	.001

Tabla. B47 Validez conceptual y consistencia interna del instrumento de estilos de negociación.

Número de reactivo y factores		Carga factorial		
		1	2	3
Factor 1. Colaboración-Equidad				
EN9	Trato de encontrar una solución de mutuo acuerdo sobre el uso del condón.	.839		
EN3	Soy consistente al argumentar mi punto de vista para protegernos sexualmente.	.794		
EN1	Trato de llegar a un acuerdo con mi pareja para protegernos sexualmente.	.790		
EN7	Busco la ayuda de mi pareja para lograr una solución mutuamente satisfactoria sobre usar el condón.	.769		
EN10	Comparto los problemas con mi pareja de tal	.689		

	manera que podamos encontrar juntos una solución para protegernos sexualmente.			
EN14	Busco soluciones equitativas entre mi pareja y yo cuando hay un conflicto para usar el condón.	.685		
	Factor 2. Evitación-Acomodación			
EN13	Evito decir cosas que podrían causar desacuerdo sobre la forma de protegernos sexualmente.	.885		
EN12	No discuto temas sexuales que pueden provocar conflicto.	.857		
EN8	Me adapto a los deseos de mi pareja para protegernos sexualmente aunque inicialmente esté en desacuerdo.	.436		
	Factor 3. Contender			
EN4	Trato de salirme con la mía cada vez que puedo cuando se trata de relacionarse sexualmente.	.783		
EN2	Impongo mi forma de ser en el terreno sexual.	.755		
EN6	Me esfuerzo por salirme con la mía cuando se trata de protegerse sexualmente.	.429		
	Valores Eigen:	2.292	2.155	2.028
	Varianza explicada:	27.337	7.343	6.435
	Coefficiente de Cronbach:	0.885	0.720	0.592
	Varianza explicada total = 51.84%			
	Coefficiente de Cronbach total= 0.835			

n) Estructura familiar

Se modificaron los reactivos DF3, DF4, DF5 y DF6 (ver Apéndice A), los cuales se encuentran dentro de una tabla que hace referencia a datos que se solicitan al padre y a la madre, se complementaron las preguntas agregando las palabras *papá* y *mamá*. Por ejemplo, un reactivo aparecía de la siguiente forma:

	PADRE	MADRE
DF3. ¿Qué edad tiene tu...?	_____ años cumplidos	_____ años cumplidos

De tal forma que confundía a los adolescentes al momento de responder, motivo por el cual se cambió al siguiente formato:

DF3.	¿Qué edad tiene tu PAPÁ ?	¿Qué edad tiene tu MAMÁ ?
	_____ años cumplidos	_____ años cumplidos

o) Norma subjetiva, autoeficacia e intenciones para usar condón

En el caso particular de los reactivos que evalúan norma subjetiva, autoeficacia e intenciones para usar condón, no hubo necesidad de cambiar el formato o la redacción de los reactivos.

p) Patrón de conducta sexual

Se eliminaron los reactivos PS10 y PS11 debido a la confusión generada con los reactivos, se les preguntaba sobre la frecuencia con la que habían tenido relaciones sexuales con alguien de su mismo sexo y del sexo contrario, tanto con pareja regular y ocasional, el reactivo PS11 se refería a la frecuencia del uso del condón en la misma situación. Se propuso uno sólo que se refiere a la frecuencia con la que han tenido relaciones sexuales con alguien de su mismo sexo. En el reactivo PS19 y PS20 se eliminó de las opciones “masturbación en pareja” debido a que no contestaban el reactivo.

C. INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO DIAGNÓSTICO



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**Facultad de Estudios Superiores
Iztacala**

Encuesta para

ADOLESCENTES

sobre

SALUD SEXUAL



INSTRUCCIONES

El propósito de esta encuesta es conocer la forma en la cual te relacionas con tus padres y pareja y conocer algunos aspectos relacionados con tu salud sexual.

No tienes que contestar preguntas que te hagan sentir incómodo(a). Tu participación es voluntaria. **TÚ DECIDES** si contestas las preguntas. No hay preguntas correctas, ni incorrectas, sólo queremos conocer tu opinión y las conductas que comúnmente realizas.

Es importante que sepas que tus respuestas son privadas. Nadie en la institución o alguno de tus conocidos sabrá tus respuestas, de hecho, no se te pide que pongas tu nombre, sólo se te pide una clave que nos permita dar seguimiento a tu participación en talleres que impartiremos sobre salud sexual, por lo que es muy importante que contestes a cada pregunta con la verdad y con honestidad.

De antemano agradecemos tu apoyo para esta investigación, sin tu colaboración no hubiera sido posible, Gracias.

Sigue las instrucciones por parte del aplicador para elaborar tu clave

Clave de identificación:

____ 1 ____ ____ 2 ____ ____ 3 ____ ____ 4 ____ ____ 5 ____

1. Primeras dos letras del apellido paterno
2. Primeras dos letras del apellido materno
3. Año de nacimiento
4. Mes de nacimiento
5. Día de nacimiento

Fecha de aplicación: ____ / ____ / ____
 Día Mes Año

Folio: _____

Nombre de quien aplica el cuestionario: _____

INFORMACIÓN GENERAL

El siguiente cuestionario está diseñado para obtener información sobre algunos datos personales, jurídicos y familiares, por favor llena los espacios en blanco con la información que se te solicita; y en las preguntas, marca con una "X" la opción de respuesta que mejor refleje tu situación.

DATOS PERSONALES

DI1. ¿Cuál es tu edad? _____ años cumplidos.

DI2. ¿Cuál es tu estado civil?

Soltero (1) Casado (2) Unión Libre (3) Otro (4) Cuál _____

DI3. ¿Cuál es el último nivel de estudios que concluíste?

Ninguno (1) Primaria (2) Secundaria (3) Preparatoria (4)

DI4. ¿Actualmente en qué nivel de estudios te encuentras?

Ninguno (1) Primaria (2) Secundaria (3) Preparatoria (4)

DI5. ¿Con quién vives?

Solo (1) Con tu padre (2) Con tu madre (3) Con ambos padres (4) Con tu pareja (5) Con tu pareja y tus padres (6) Con los padres de mi pareja y mi pareja (7) Otro (8) especifica con quién _____

DI6. ¿Tienes hijos?

Sí (1) ¿Cuántos? _____ No (2)

DI7. Te consideras una persona con una orientación sexual:

Te gustan sólo los hombres (1) Te gustan hombres y mujeres (2)

Te gustan sólo las mujeres (3) No sé (4)

DATOS JURIDICOS

DJ1. Delito por el que cual te encuentras en la CDIA:

Robo (1) Extorsión (2) Lesiones (3) Violación (4) Homicidio (5)

Privación ilegal de la libertad (6) Delincuencia organizada (7)

Otras causas (8) ¿Cuál? _____

DJ2 ¿Cuántas veces has ingresado a la CDIA?

Primera vez (1) Segunda vez (2)

Tercera vez (3) Más de cuatro (4) ¿cuántas? _____

DATOS DE LA FAMILIA

DF1.1 ¿Vive tu papá? **Sí (1) No (2)** DF1.2 ¿Vive tu mamá? **Sí (1) No (2)**

DF2. Tus papás viven: **Juntos (1) Separados (2)**

	PADRE	MADRE
DF3.	¿Qué edad tiene tu PAPÁ ? _____ años cumplidos	¿Qué edad tiene tu MAMÁ ? _____ años cumplidos
DF4.	¿Cuál es el último nivel de estudios que concluyó tu PAPÁ ? Sin estudios (1) Primaria (2) Secundaria (3) Preparatoria (4) Carrera Técnica (5) Universidad (6) Posgrado (7) Otro (8) ¿Cuál? _____	¿Cuál es el último nivel de estudios que concluyó tu MAMÁ ? Sin estudios (1) Primaria (2) Secundaria (3) Preparatoria (4) Carrera Técnica (5) Universidad (6) Posgrado (7) Otro (8) ¿Cuál? _____
DF5.	¿Actualmente trabaja tu PAPÁ ? Sí (1) No (2)	¿Actualmente trabaja tu MAMÁ ? Sí (1) No (2)
DF6.	¿Cuántas horas diarias trabaja tu PAPÁ ? _____ horas diarias	¿Cuántas horas diarias trabaja tu MAMÁ ? _____ horas diarias

DF7. ¿A cuánto ascienden los ingresos mensuales de las personas que trabajan y viven contigo?

- (1) Menos de \$2, 000 (Menos de 34 salarios mínimos)
- (2) De \$2, 001 a \$3, 999 (De 35 a 69 salarios mínimos)
- (3) De \$ 4,000 a \$5,999 (De 70 a 104 salarios mínimos)
- (4) De \$6,000 a \$9,999 (De 105 a 173 salarios mínimos)
- (5) Más de \$10, 000 (Más de 174 salarios mínimos)
- (6) No sé

DF8. ¿Cuántos hermanos/hermanas tienes? _____ (escribe el número (0, 1, 2...), evita poner afirmaciones como “muchas”, “pocas”, etc.).

DF9. Tienes un/a hermano/a que haya tenido un embarazo no planeado.

- (1) **Sí** (2) **No** (3) **No sé**

DF10. Tu (s) hermano (s) ha (n) tenido relaciones sexuales fuera del matrimonio o unión libre.

- (1) **Sí** (2) **No** (3) **No sé**

DF11. ¿En qué colonia vives? _____

VIH/SIDA/ITS

A continuación se te presentan una serie de afirmaciones relacionadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), embarazos y el uso del condón. Marca con una “X” la opción que consideres correcta para cada una de las afirmaciones. Si no posees la información suficiente para contestar a alguna afirmación tacha con una “X” la opción de respuesta No sé.

CO1	Una persona infectada por el VIH puede presentar los síntomas de la infección después de varios años.	Cierto	Falso	No sé
CO2	Las jeringas desechables y las esterilizadas aumentan la probabilidad de contagio del VIH por vía sanguínea.	Cierto	Falso	No sé
CO3	Hay ITS que se pueden transmitir sin necesidad de una relación sexual con penetración.	Cierto	Falso	No sé
CO4	Colocar el condón en el pene erecto hasta llegar a la base del pene hace más probable que se salga durante el acto sexual.	Cierto	Falso	No sé

CO5	Una persona recién infectada por el VIH presenta inmediatamente los síntomas.	Cierto	Falso	No sé
CO6	La transmisión del VIH es más probable en las prácticas sexuales anales que en el sexo vaginal u oral sin protección.	Cierto	Falso	No sé
CO7	El uso correcto y constante del condón puede prevenir el contagio de algunas ITS.	Cierto	Falso	No sé
CO8	Una mujer embarazada infectada con el VIH puede transmitir a su hijo el virus.	Cierto	Falso	No sé
CO9	Cuando se coloca un condón, es importante que ajuste perfectamente, sin dejar espacio en la punta.	Cierto	Falso	No sé
CO10	Limitar el número de compañeros(as) sexuales es una forma de reducir el riesgo de infección del VIH.	Cierto	Falso	No sé
CO11	El virus del <i>papiloma humano</i> y el virus del <i>herpes genital</i> no tienen cura.	Cierto	Falso	No sé
CO12	Los lubricantes a base de aceite sólo pueden usarse con los condones de látex.	Cierto	Falso	No sé
CO13	Un condón cuya fecha de caducidad vence en un año puede utilizarse sin riesgo de que se rompa.	Cierto	Falso	No sé
CO14	Usar condón masculino y femenino al mismo tiempo, es más efectivo para prevenir el VIH.	Cierto	Falso	No sé
CO15	Una persona con VIH pero sin síntomas puede transmitir el virus a otra persona mediante contacto sexual.	Cierto	Falso	No sé
CO16	Dejar un espacio sin aire en la punta del condón cuando éste se coloca en el pene hace más probable que se deslice en el acto sexual.	Cierto	Falso	No sé
CO17	El uso correcto y constante del condón disminuye la probabilidad de transmisión del VIH por vía sexual.	Cierto	Falso	No sé
CO18	Si se baja el condón con los dedos antes de abrir el paquete o envoltura es menos probable que se dañe.	Cierto	Falso	No sé

TUS CREENCIAS

A continuación se presentan afirmaciones que se refieren a tus creencias sobre diferentes temas sobre el uso del condón al tener relaciones sexuales. Marca con una “X” que tan de acuerdo o en desacuerdo estás con las afirmaciones. No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo te pedimos tu opinión.

Aun cuando nunca hayas tenido relaciones sexuales con penetración, responde qué tan de acuerdo estás en las siguientes afirmaciones.

Las opciones de respuesta van de menor a mayor acuerdo, y son:

**TD(1)=Totalmente en Desacuerdo D(2)=Desacuerdo I(3)=Indeciso
A(4)=Acuerdo TA(5)=Totalmente de Acuerdo**

1. El hecho de que siempre uses condón cuando tienes sexo vaginal con tu **pareja regular o estable** (*compañero/a con el cual existe un vínculo afectivo y con quien llevas un determinado tiempo de convivir como pareja, ejemplo: novio/a*)...

		TD	D	I	A	TA
CRUC 1	Disminuye el placer sexual	1	2	3	4	5
CRUC 2	Podría hacer que te sintieras bien contigo mismo	1	2	3	4	5
CRUC 3	Protege a tu pareja contra el SIDA	1	2	3	4	5
CRUC 4	Podría hacer que te preocupes menos	1	2	3	4	5
CRUC 5	Serías una persona responsable	1	2	3	4	5
CRUC 6	Te protege de otras ITS	1	2	3	4	5

		TD	D	I	A	TA
CRUC 7	Podría ser muy problemático	1	2	3	4	5
CRUC 8	Te protege contra el SIDA	1	2	3	4	5
CRUC 9	Tu compañero podría pensar que tú tienes una ITS	1	2	3	4	5
CRUC 10	Podría hacer que tu pareja se enoje	1	2	3	4	5
CRUC 11	Protege a tu pareja de otras ITS	1	2	3	4	5
CRUC 12	Podría hacer que te sintieras más limpio	1	2	3	4	5

2. El hecho de que siempre uses condón cuando tienes sexo vaginal con alguna **pareja ocasional o eventual** (*compañerola con quien no necesariamente se tiene un vínculo afectivo y se contacta esporádicamente, o bien lo/a tratas por primera vez*)...

		TD	D	I	A	TA
CRUC13	Disminuye el placer sexual	1	2	3	4	5
CRUC 14	Podría hacer que te sintieras bien contigo mismo	1	2	3	4	5
CRUC 15	Protege a tu pareja contra el SIDA	1	2	3	4	5
CRUC 16	Podría hacer que te preocupes menos	1	2	3	4	5
CRUC 17	Serías una persona responsable	1	2	3	4	5
CRUC 18	Te protege de otras ITS	1	2	3	4	5
CRUC 19	Podría ser muy problemático	1	2	3	4	5
CRUC 20	Te protege contra el SIDA	1	2	3	4	5
CRUC 21	Tu compañero podría pensar que tú tienes una ITS	1	2	3	4	5
CRUC 22	Podría hacer que tu pareja se enoje	1	2	3	4	5
CRUC 23	Protege a tu pareja de otras ITS	1	2	3	4	5
CRUC 24	Podría hacer que te sintieras más limpio	1	2	3	4	5

ACTITUDES

Aun cuando nunca hayas tenido relaciones sexuales con penetración, marca con una X lo que piensas de las siguientes afirmaciones. Los valores de tus respuestas van de 1 (muy negativo a 7 (muy positivo) para el aspecto que describe a cada afirmación.

1. Dirías que usar un condón cada vez que tienes sexo vaginal con tu **pareja regular o estable** podría ser...

AC1	Nada excitante	1	2	3	4	5	6	7	Muy excitante
AC2	Incómodo	1	2	3	4	5	6	7	Cómodo
AC3	Muy desagradable	1	2	3	4	5	6	7	Muy agradable
AC4	Nada erótico	1	2	3	4	5	6	7	Muy erótico
AC5	Nada placentero	1	2	3	4	5	6	7	Muy placentero

2. Dirías que usar un condón cada vez que tienes sexo vaginal con alguna **pareja ocasional o eventual** podría ser...

AC6	Nada excitante	1	2	3	4	5	6	7	Muy excitante
AC7	Incómodo	1	2	3	4	5	6	7	Cómodo
AC8	Muy desagradable	1	2	3	4	5	6	7	Muy agradable
AC9	Nada erótico	1	2	3	4	5	6	7	Muy erótico
AC10	Nada placentero	1	2	3	4	5	6	7	Muy placentero

LO QUE TUS AMIGOS PIENSAN DE TÍ

En una escala de 1 a 7, marca con una "X" lo que tú crees que tus amigos más importantes piensan de ti sobre las siguientes afirmaciones:

		Mis amigos piensan que No						Mis amigos piensan que Sí
NS1	Deberías tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	6	7
NS2	Deberías tener múltiples parejas sexuales.	1	2	3	4	5	6	7
NS3	Deberías usar un condón, cada vez que tú tienes sexo vaginal con tu pareja regular o estable .	1	2	3	4	5	6	7
NS4	Deberías usar un condón, cada vez que tú tienes sexo vaginal con alguna pareja ocasional o eventual .	1	2	3	4	5	6	7

LO QUE SERÍAS CAPAZ DE HACER

1. En una escala de 1 a 7, marca con una X qué tan seguro estás de que puedas usar un condón cada vez que tienes sexo vaginal con tu...

		Muy seguro de NO poder usarlo						Muy seguro de Sí poder usarlo
AEUC1	Pareja regular o estable	1	2	3	4	5	6	7
AEUC2	Pareja ocasional o eventual	1	2	3	4	5	6	7

2. En una escala de 1 a 7, marca con una "X" qué tan seguro estás de poder usar siempre un condón con tu **pareja regular o estable** durante el sexo vaginal cuando:

		Absolutamente seguro de que NO puedo						Absolutamente seguro de que Sí puedo
AESR1	Tú has bebido alcohol	1	2	3	4	5	6	7
AESR2	Tú has consumido alguna droga	1	2	3	4	5	6	7
AESR3	Tu pareja ha bebido alcohol	1	2	3	4	5	6	7
AESR4	Tu pareja ha consumido alguna droga	1	2	3	4	5	6	7

3. En una escala de 1 a 7, marca con una "X" qué tan seguro estás de poder usar siempre un condón con alguna **pareja eventual u ocasional** durante el sexo vaginal cuando:

		Absolutamente seguro de que NO puedo						Absolutamente seguro de que Sí puedo
AESR5	Tú has bebido alcohol	1	2	3	4	5	6	7
AESR6	Tú has consumido alguna droga	1	2	3	4	5	6	7
AESR7	Tu pareja ha bebido alcohol	1	2	3	4	5	6	7
AESR8	Tu pareja ha consumido alguna droga	1	2	3	4	5	6	7

LO QUE ESPERAS HACER

Marca con una X el número que mejor te represente.

I. ¿Qué tan probable es que en la próxima vez que tengas relaciones sexuales (sexo vaginal o anal) uses condón con tu...?

		Nada probable						Totalmente probable
INUC1	Pareja regular o estable	1	2	3	4	5	6	7
INUC2	Pareja ocasional o eventual	1	2	3	4	5	6	7

COMO TE PERCIBES

A continuación se presentan afirmaciones que se refieren a cómo te percibes, marca con una "X" si estás de acuerdo o en desacuerdo con estas afirmaciones.

TA (1)= Totalmente de Acuerdo, A (2)= Acuerdo, D (3)= Desacuerdo, TD (4)= Totalmente en Desacuerdo

		TA	A	D	TD
AU1	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	1	2	3	4
AU2	Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.	1	2	3	4
AU3	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	1	2	3	4
AU4	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo (a).	1	2	3	4
AU5	En general estoy satisfecho (a) conmigo mismo (a).	1	2	3	4
AU6	Siento que no tengo mucho de lo que debo estar orgulloso.	1	2	3	4
AU7	En general me inclino a pensar que soy un (a) fracasado (a).	1	2	3	4
AU8	Me gustaría sentir más respeto por mí mismo.	1	2	3	4
AU9	Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.	1	2	3	4
AU10	A veces creo que no soy buena persona.	1	2	3	4

COMUNICACIÓN SOBRE TEMAS SEXUALES

Señala con una "X" la frecuencia con la que **platicas** con tu papá, tu mamá y tu pareja actual (o última pareja) sobre los siguientes temas sexuales. Considera que las opciones de respuesta que tienes van de:

1 (nunca), 2 (casi nunca), 3 (algunas veces), 4 (casi siempre), 5 (una gran cantidad de veces)

	Temas	Papá					Mamá					Pareja				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C1	Cómo usar los métodos anticonceptivos															
C2	Cómo protegerte en las relaciones sexuales															
C3	Dónde comprar los condones masculinos															
C4	La posibilidad de tener relaciones sexuales															
C5	El posponer un encuentro sexual															
C6	Ventajas que tiene el condón															

	Temas	Papá					Mamá					Pareja				
	sobre otros métodos anticonceptivos															
C7	Cómo usar un condón masculino	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C8	Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C9	Las posibles consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C10	Cómo identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

LO QUE PERCIBES DE HOMBRES Y MUJERES

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones, para cada una de ellas indica con una “X” en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Las opciones para que respondas van de menor a mayor acuerdo y son:

1= Totalmente en Desacuerdo (TD); 2= En Desacuerdo (D); 3= Indiferente (I); 4= De Acuerdo (A); 5= Totalmente de Acuerdo (TA).

		TD	D	I	A	TA
EG1	Una buena esposa debe dedicarse exclusivamente al hogar y al cuidado del marido.	1	2	3	4	5
EG2	Es más fácil para un hombre que para una mujer ligar a otro.	1	2	3	4	5
EG3	Los hombres deberían tener preferencia sobre las mujeres a la hora de los ascensos.	1	2	3	4	5
EG4	Un hombre es infiel por naturaleza.	1	2	3	4	5
EG5	Un verdadero hombre no muestra sus debilidades y sentimientos.	1	2	3	4	5
EG6	Un buen esposo es el que provee económicamente a su familia	1	2	3	4	5
EG7	La vida es más dura para un hombre que para una mujer.	1	2	3	4	5
EG8	Un hombre a diferencia de la mujer necesita de varias parejas sexuales.	1	2	3	4	5
EG9	El hombre tiene mejores habilidades que la mujer para ligar a otra(o).	1	2	3	4	5
EG10	Es mejor ser hombre que ser mujer.	1	2	3	4	5
EG11	La vida es más fácil y feliz para un hombre que para una mujer.	1	2	3	4	5
EG12	El hombre es superior a la mujer.	1	2	3	4	5

LO QUE PERCIBES DE TUS PADRES

A continuación encontrarás una serie de palabras con respecto al apoyo y supervisión que recibes de tus padres, marca con una “X” la opción que se ajuste a lo que tú percibes. Las opciones para que respondas son:

(1) Nada (2) Casi nada (3) Poco (4) Bastante (5) Mucho

I. En los últimos tres meses, el apoyo que has recibido es...

		Papá					Mamá				
AF1	Sobre mi educación	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
AF2	Cariñoso	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
AF3	Comprensivo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
AF4	Con consejos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
AF5	Económico	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

AF6	Amoroso	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
AF7	Comunicativo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
AF8	Protector	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

2. En los últimos tres meses, la supervisión que has recibido es...

		Papá					Mamá				
SP1	Comprensiva	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP2	Protectora	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP3	Con respeto	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP4	Confiable	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP5	Por amor	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP6	Cuidadosa	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP7	Sobre mi educación	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP8	Dar consejos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP9	Sobre mis amigos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SP10	Responsable	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

LO QUE PERCIBES EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

A continuación encontrarás una serie de palabras con respecto a algunos temas de sexualidad que se transmiten en los medios de comunicación. Marca con una "X" la opción que se ajuste a lo que tú percibes. Las opciones para que respondas son:

(1) Nada (2) Casi nada (3) Poco (4) Bastante (5) Mucho

I. En los últimos seis meses, antes de tu ingreso a la CDIA; qué tanto impactó en tu vida los temas sobre sexualidad en los diferentes medios de comunicación.

		Lo que viste en Televisión					Lo que encontraste en Internet					Lo que escuchaste en la Radio				
MC1	Métodos anticonceptivos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
MC2	Tener relaciones sexuales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
MC3	Embarazos	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
MC4	Infecciones de Transmisión Sexual	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
MC5	Condomes	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
MC6	VIH/SIDA	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
MC7	Aborto	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

SOBRE TUS AMIGOS

A continuación encontrarás una serie de situaciones respecto a lo que hacen tus amigos, marca con una "X" la opción que se ajuste a la frecuencia con la que tú percibes que ocurre cada afirmación. Las opciones para que respondas son:

(1) Nunca (2) Casi nunca (3) A veces (4) Casi siempre (5) Siempre

	Mis amigos...	N	CN	AV	CS	S
CA1	Consumen bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5
CA2	Consumen drogas.	1	2	3	4	5
CA3	Fuman.	1	2	3	4	5
CA4	Tienen relaciones sexuales.	1	2	3	4	5

CA5	Tienen o tenían bajas calificaciones.					
CA6	Participan en peleas o riñas.	1	2	3	4	5
CA7	Hacen daño a lugares públicos o privados (pintas, destruyen cosas, roban).	1	2	3	4	5

SECCIÓN PARA RESPONDER ÚNICAMENTE POR PERSONAS QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES

LO QUE HACES

El siguiente cuestionario está diseñado para obtener información sobre diferentes aspectos de tu sexualidad; por favor llena los espacios en blanco con la información que se te solicita; y en las preguntas, marca con una "X" la opción de respuesta que mejor refleje tu situación.

PS1. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración (vaginal o anal)?

- (1) **Sí** (2) **No (fin del cuestionario)**

PS2. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

A los _____ años.

PS3. Tu primera relación sexual la tuviste con:

- (1) **Novio(a)** (4) **Una persona desconocida**
 (2) **Amigo(a)** (5) **Trabajador/a sexual**
 (3) **Familiar** (6) **Otra. ¿Cuál? _____**

PS4. Tu primera relación sexual ¿fue algo que planeaste con tu pareja?

- (1) **Sí** (2) **No**

PS5. ¿En qué lugar tuviste tu primera relación sexual?

- (1) **Un hotel** (4) **En mi casa**
 (2) **En casa de mi novio(a)** (5) **En casa de un amigo(a)**
 (3) **En un auto** (6) **En un antro/bar/disco**
 (7) **Otra. ¿Cuál? _____**

PS6. En tu primera relación sexual ¿utilizaste condón?

- (1) **Sí** (2) **No**

PS7. Marca los métodos que utilizaste en tu primera relación sexual (puedes marcar más de una opción):

- (1) **Ninguno** (2) **Condón masculino**
 (3) **Condón femenino** (4) **Pastillas anticonceptivas**
 (5) **Pastillas del día siguiente/emergencia** (6) **Otros. ¿Cuál? _____**

PS8. Anota el número de personas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración en toda tu vida (por favor evita poner afirmaciones como "muchas", "pocas", etc. y escribe el número que realmente has tenido): _____ **personas.**

PS9. Las relaciones sexuales que has tenido han sido:

- (1) **Vaginales** (2) **Anales** (3) **Orales**
 (4) **Vaginales y anales** (5) **Vaginales y orales** (6) **Anales y orales**
 (7) **Vaginales, anales y orales**

PS10. Con qué frecuencia has tenido *relaciones sexuales* en toda tu vida con alguien de tu mismo sexo

- (1) **Nunca** (2) **Poco frecuente** (3) **Algo frecuente**
 (4) **Frecuentemente** (5) **Muy frecuentemente**

PS11. ¿Alguna vez te has hecho la prueba para detectar el VIH?

- (1) **Sí** (2) **No** (3) **No sé como hacérmela**

PS12. ¿Alguna vez has tenido alguna Infección de Transmisión Sexual?

- (2) **Sí. Cuál.** _____ (2) **No** (3) **No sé**

PS13. ¿Alguna pareja tuya ha tenido un embarazo no planeado por tener relaciones sexuales contigo?

- (1) **Sí** (2) **no** (3) **No sé**

PS14. ¿Alguna vez tu pareja ha tenido un aborto por tener relaciones sexuales contigo?

- (1) **Sí** (2) **No** (3) **No sé**

Algunas de las siguientes preguntas tendrás que responderlas con base en lo que tú hacías antes de tu ingreso a la CDIA.

PS15. ¿Cuántas veces tuviste relaciones sexuales en los tres meses previos a tu ingreso a la CDIA? (por favor no pongas afirmaciones como “muchas”, “pocas”, etc. y escribe el número que realmente has tenido): _____ **veces.**

PS16. ¿Cuántas veces usaste el condón en los últimos tres meses previos a tu ingreso a la CDIA? (por favor no pongas afirmaciones como “muchas”, “pocas”, etc. y escribe el número que realmente has tenido): _____ **veces.**

PS17. ¿Usaste condón en tu última relación sexual?

- (1) **Sí** (2) **no**

PS18. En los últimos 6 meses previos a tu ingreso a la CDIA, ¿cuántas veces tuviste las siguientes **prácticas sexuales** con tu pareja regular o pareja ocasional?

1=nunca. 2=Poco frecuente. 3=Algo frecuente. 4=Frecuentemente. 5=Muy frecuentemente.												
Tipo de parejas		Pareja Regular					Pareja Ocasional					
PS18.1	Vaginales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
PS18.2	Anales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
PS18.3	Orales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	

PS19. De las prácticas que señalaste en la pregunta anterior que si has tenido, señala ¿con qué **frecuencia usaste condón** en los últimos 6 meses previos a tu ingreso a la CDIA con tu *pareja regular o alguna pareja ocasional*?

1=nunca. 2=Poco frecuente. 3=Algo frecuente. 4=Frecuentemente. 5=Muy frecuentemente.												
Tipo de pareja		Pareja Regular					Pareja Ocasional					
PS19.1	Vaginales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
PS19.2	Anales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
PS19.3	Orales	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	

PS20. ¿Con qué frecuencia has tenido relaciones sexuales dentro de las Instalaciones de la CDIA?

- (1) **Nunca** (2) **Poco frecuente** (3) **Algo frecuente**
 (4) **Frecuentemente** (5) **Muy frecuentemente**

PS21. ¿Cuáles son las prácticas sexuales que has tenido dentro de las instalaciones de la CDIA?

- (1) **Anales** (2) **Orales** (3) **Anales y orales**
 (4) **Masturbación** (5) **Ninguna**

SEXO Y ALCOHOL

PS.22. ¿Has consumido bebidas alcohólicas?

- (1) **Sí** (2) **No (pasa a la pregunta 29)**

PS.23. ¿Qué tipo de bebidas alcohólicas son las que consumes regularmente? (Puedes marcar más de una opción).

- (1) **Aguardiente** (2) **Vinos** (3) **Licores** (4) **Cerveza** (5) **Tequila**
 (6) **Otro. ¿Cuál? _____**

PS.24. ¿Con qué frecuencia consumiste bebidas alcohólicas, en los últimos seis meses previos a tu ingreso a la CDIA?

- (1) **Nunca** (2) **De 1 a 3 veces al mes** (3) **Sólo los fines de semana**
 (4) **De 2 a tres veces a la semana** (5) **Todos los días**

PS25. Antes de ingresar a la CDÍA, ¿con qué tipo de pareja tuviste **relaciones sexuales** (sexo vaginal, oral, anal) habiendo consumido bebidas alcohólicas? (Puedes marcar más de una opción).

- (1) **Con ninguna pareja** (2) **Con tu pareja regular**
 (3) **Con alguna pareja ocasional**

PS26. Antes de ingresar a la CDÍA, ¿con qué tipo de pareja **usaste el condón** cuando tuviste relaciones sexuales (sexo vaginal, oral, anal) habiendo consumido alcohol? (Puedes marcar más de una opción).

- (1) **Con ninguna pareja** (2) **Con tu pareja regular**
 (3) **Con alguna pareja ocasional**

PS27. En los últimos 6 meses, antes de tu ingreso a la CDIA, ¿con qué frecuencia tuviste **relaciones sexuales**, sean vaginales, orales y/o anales, habiendo consumido algún tipo de bebida alcohólica?

- (1) **Nunca** (2) **Casi nunca** (3) **Algunas veces** (4) **Muchas veces** (5) **Siempre**

PS28. En los últimos 6 meses, antes de tu ingreso a la CDIA, ¿con qué frecuencia **usaste condón** cuando tuviste relaciones sexuales habiendo consumido algún tipo de bebida alcohólica?

- (1) **Nunca** (2) **Casi nunca** (3) **Algunas veces** (4) **Muchas veces** (5) **Siempre**

SEXO Y DROGAS

PS.29. ¿Has consumido drogas?

- (1) **Sí** (2) **No (pasa a la sección de Estilos de Negociación)**

PS.30. ¿Qué tipo de droga es la que consumes? (Puedes marcar más de una opción).

- (1) **Mariguana** (2) **Cocaína** (3) **Crack** (4) **Alucinógenos**
 (5) **Solventes** (6) **Heroína** (7) **Fármacos** (8) **Otro. Cuál? _____**

PS.31. ¿Con qué frecuencia consumiste drogas, en los últimos seis meses previos a tu ingreso a la CDIA?

- (1) **Nunca** (2) **De 1 a 3 veces al mes** (3) **sólo los fines de semana**
 (4) **De 2 a tres veces a la semana** (5) **Todos los días**

PS32. Antes de ingresar a la CDÍA, ¿con qué tipo de pareja tuviste **relaciones sexuales** (sexo vaginal, oral, anal) habiendo consumido drogas? (Puedes marcar más de una opción).

- (1) **Con ninguna pareja** (2) **Con tu pareja regular**
 (3) **Con alguna pareja ocasional**

PS33. Antes de ingresar a la CDÍA, ¿con qué tipo de pareja **usaste el condón** cuando tuviste relaciones sexuales (sexo vaginal, oral, anal) habiendo consumido drogas? (Puedes marcar más de una opción).

- (1) **Con ninguna pareja** (2) **Con tu pareja regular**
 (3) **Con alguna pareja ocasional**

PS34. En los últimos 6 meses previos a tu ingreso a la CDIA, ¿con qué frecuencia tuviste **relaciones sexuales**, sean vaginales, orales y/o anales, habiendo consumido drogas?

- (1) **Nunca** (2) **Casi nunca** (3) **Algunas veces** (4) **Muchas veces** (5) **Siempre**

PS35. En los últimos 6 meses previos a tu ingreso a la CDIA, ¿con qué frecuencia **usaste el condón** cuando tuviste relaciones sexuales habiendo consumido drogas?

- (1) **Nunca** (2) **Casi nunca** (3) **Algunas veces** (4) **Muchas veces** (5) **Siempre**

ESTILOS DE NEGOCIACIÓN

A continuación se te presentan una serie de afirmaciones. Marca con una "X" en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Las opciones para que respondas son: TD= Totalmente en Desacuerdo; D= Desacuerdo; I= Indeciso (ni acuerdo ni en desacuerdo); A= Acuerdo; TA= Totalmente de Acuerdo.

		TD	D	I	A	TA
EN1	Trato de llegar a un acuerdo con mi pareja para protegernos sexualmente.	1	2	3	4	5
EN2	Impongo mi forma de ser en el terreno sexual.	1	2	3	4	5
EN3	Soy consistente al argumentar mi punto de vista para protegernos sexualmente.	1	2	3	4	5
EN4	Trato de salirme con la mía cada vez que puedo cuando se trata de relacionarse sexualmente.	1	2	3	4	5
EN5	Me esfuerzo por salirme con la mía cuando se trata de protegerse sexualmente.	1	2	3	4	5
EN6	Busco la ayuda de mi pareja para lograr una solución mutuamente satisfactoria sobre usar el condón.	1	2	3	4	5
EN7	Trato de encontrar una solución de mutuo acuerdo sobre el uso del condón.	1	2	3	4	5
EN8	Comparto los problemas con mi pareja de tal manera que podamos encontrar juntos una solución para protegernos sexualmente.	1	2	3	4	5
EN9	Busco soluciones equitativas entre mi pareja y yo cuando hay un conflicto para usar el condón.	1	2	3	4	5

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!!!

D. INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN EL ESTUDIO DE INTERVENCIÓN

Se utilizaron los instrumentos del Apéndice C, y en la sección de lo que serías capaz de hacer se agregaron los siguientes reactivos:

LO QUE SERÍAS CAPAZ DE HACER

4. En una escala de 1 a 7, marca con una “X” qué tan seguro estas de poder iniciar una conversación sobre temas sexuales con tu...

		Absolutamente seguro de que NO puedo						Absolutamente seguro de que SÍ puedo
AIC1	Padre	1	2	3	4	5	6	7
AIC2	Madre	1	2	3	4	5	6	7
AIC3	Pareja	1	2	3	4	5	6	7

5. En una escala de 1 a 7, marca con una “X” qué tan seguro estas de poder hacer lo contrario a lo que hacen tus amigos cuando...?

		Absolutamente seguro de que NO puedo						Absolutamente seguro de que SÍ puedo
ACRA1	Consumen bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5	6	7
ACRA2	Consumen drogas.	1	2	3	4	5	6	7
ACRA3	Fuman.	1	2	3	4	5	6	7
ACRA4	Tienen relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	6	7
ACRA5	Tienen bajas calificaciones.	1	2	3	4	5	6	7
ACRA6	Participan en peleas o riñas.	1	2	3	4	5	6	7
ACRA7	Hacen daño a lugares públicos o privados (pintas, destruyen cosas, roban).	1	2	3	4	5	6	7

Para evaluar la habilidad para negociar el uso del condón se utilizó el siguiente formato:

Negociación del uso del condón

Se planteará la siguiente situación: “Imagínate que estás con tu pareja en el lugar que sea de tu agrado, están solos y están a punto de tener relaciones sexuales, sin embargo se dan cuenta que no traen condones, tu pareja dice que tengan relaciones sin condón; cómo le harías para convencer a tu pareja de que lo usen”. Tienes **3 minutos** para convencer a tu pareja de usar condón.

Puntaje:

- 1 = Inapropiado/inefectivo
- 2 = Menciona el uso del condón pero no provee argumentos para su uso
- 3 = Da argumentos para usar el condón, pero no responde a los argumentos que da la pareja para no usarlo
- 4 = Responde efectivamente a los argumentos que da la pareja para no usar el condón y da argumentos de por qué usarlo.

Para evaluar la habilidad de uso correcto del condón se utilizó el siguiente formato:

Dormitorio: _____ Evaluador: _____

USO CORRECTO DEL CONDÓN	
Folio	Clave de identificación

		A	B
UCC1	Revisar la fecha de caducidad	1	2
UCC2	Revisar la burbuja de aire del condón	1	2
UCC3	Bajar el condón antes de abrir el empaque	1	2
UCC4	Abrir el empaque sin usar uñas o dientes	1	2
UCC5	Girar el condón dos vueltas para que no haya burbujas de aire	1	2
UCC6	Colocar del lado correcto el condón	1	2
UCC7	Simular llevar el semen hacia la punta del pene	1	2
UCC8	Darle dos vueltas al condón y retirarlo	1	2

E. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

SESIÓN 1

Duración: 2 horas

Nombre de la actividad	Materiales	Tiempo para la actividad	Variable en la que se pretende impactar
1. Encuadre y presentación	1 cartel 1 plumón	15 minutos	
2. Dinámica de Transmisión del VIH/SIDA “Intercambiando tarjetas”	Tarjetas moradas, amarillas, verdes y rosas	40 minutos	Conocimientos VIH
3. Presentación sobre transmisión, sintomatología y prevención del VIH	3 carteles	20 minutos	Conocimientos VIH e ITS
4. Ventajas y desventajas del uso del condón en relaciones sexuales	1 cartel 4 rotafolios 4 plumones	30 minutos	Intenciones del uso del condón Actitudes hacia el uso del condón
5. Cierre de la sesión	1 cartel	15 minutos	

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. Encuadre y presentación

Se realizó la presentación de los instructores, especificando el horario de las sesiones del taller, posteriormente se presentó un rotafolio en donde estaban enumeradas las siguientes reglas:

ROTAFOLIO 1

REGLAS

✓

- Participación en las actividades
- Prohibido reírse o burlarse de los compañeros
- Escuchar a los compañeros sin interrumpir
- Respeto a las opiniones de los demás
- Respetar a las compañeras que estén en las sesiones

Se dejó un espacio para que los adolescentes complementaran y agregaran más reglas. Este listado de reglas estuvo presente en todas las sesiones.

2. Dinámica de Transmisión del VIH/SIDA “Intercambiando tarjetas”

Objetivos de la dinámica:

- Conocer cómo es que la gente se infecta de VIH e infecta a otros.
- Conocer cómo es que una persona infectada quien ha tenido relaciones sexuales no protegidas o ha compartido jeringas no esterilizadas o nuevas puede: infectar a mucha gente, en un tiempo corto y sin que ese alguien lo sepa.

Desarrollo de la dinámica:

1. Se inicia la actividad leyendo los objetivos de la actividad.
2. Se le proporcionan cuatro tarjetas (una de cada color) a cada persona con el nombre de una mujer.
3. Después se les dan las siguientes instrucciones: “Cada vez que yo diga cambio, cada uno de ustedes deberá cambiar una de sus tarjetas con una de sus compañeros”, “En cada ocasión deberá ser un compañero diferente”.
4. Los cambios de las tarjetas se llevan a cabo hasta que sólo tengan una de sus tarjetas.
5. En caso de que en los cambios llegará nuevamente una de las tarjetas con el nombre de la mujer que le tocó, nuevamente tendrán que cambiarla.
6. Después de los cambios necesarios, se les pide a los participantes que tomen asiento, y se les explica que cada tarjeta representa algo que ellos decidieron hacer, es decir, una conducta:

Color	Conducta
Morado	Compartir jeringas
Verde	Tener sexo protegido
Rosa	Tener sexo no protegido
Amarillo	Tocarse, besarse o hablar

7. Se selecciona a uno de los participantes y se le pide que se ponga de pie, enseguida se le dice a los asistentes: “La persona que se encuentra de pie, al inicio de la actividad, era seropositiva”.
8. Se le pide a la persona seropositiva que lea los nombres de las personas que se encuentran al reverso de sus tarjetas moradas y rosas. Las personas que tengan esos nombres deberán ponerse de pie, ahora ya se tienen más personas paradas y deberán permanecer paradas hasta que termine el ejercicio.
9. Se les dice: “Todas esas personas que se encuentran de pie, se han infectado por compartir jeringas (tarjetas moradas) y por tener relaciones sexuales sin protección (tarjetas rosas)”.
10. Éstas últimas personas deberán leer nuevamente los nombres de las personas que se encuentran al reverso de sus tarjetas moradas y rosas y se repite hasta que ya no haya nadie sentado.

11. En caso de que alguno de los participantes esté sentado, se le pedirá que mire sus tarjetas y se le dirá lo siguiente: “Si tú tienes una tarjeta morada o rosa, esas tarjetas solo podrían ser de las personas que se encuentran de pie. Esto significa que tu tuviste sexo sin protección o compartiste agujas, pero no te infectaste”. “Si tú tienes tarjetas verdes de algunos de los que se encuentran de pie, significa que tu tuviste sexo seguro con una persona infectada”.
12. Se hace una discusión y reflexión acerca de lo ocurrido en la dinámica.

Preguntas para la discusión:

- ¿Cuáles son las formas a través de las cuales tú puedes infectarte con VIH?
 - ¿Qué sentiste cuando te enteraste que estas infectado?
 - ¿Qué sentiste cuando te enteraste que alguno de tus compañeros conocidos estaba infectado?
- Ahora que ya sabes lo que significa cada uno de los colores de las tarjetas, ¿Qué podrías hacer para evitar contagiarte de VIH?
- ¿En qué sentido esta actividad es semejante a la vida real, y en qué sentido esta actividad es diferente a la vida real?

3. Presentación sobre transmisión, sintomatología y prevención del VIH

Se presentó y se discutió la siguiente información:

ROTAFOLIO 2

•Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) → Virus que provoca la destrucción de las defensas del cuerpo.

•SIDA → Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

•33.3 millones de personas infectadas de VIH.

•En México, el 50% de las nuevas infecciones se dan entre jóvenes entre 10 y 24 años.

DESARROLLO DEL VIH/SIDA

Fase inicial: Síntomas duran alrededor de una semana: fiebre, dolor de garganta, cansancio, pérdida de apetito, náusea, vómito y diarrea.

Fase intermedia: Algunas personas permanecen asintomáticas durante 10 años o más. Puede transmitir el virus mediante contacto sexual.

Fase avanzada: El nivel del virus en la sangre aumenta rápidamente y disminuyen las células CD4.

Fase Final: SIDA → En esta fase el sistema inmunológico está destruido. Síntomas: fatiga, fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso, herpes, candidiasis bucal, diarrea, tos seca, anemia.






ROTAFOLIO 3

TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA

- De la madre al feto (1.8%) 
- Uso compartido de agujas, jeringas, instrumentos contaminados o transfusión sanguínea (8%) 
- Por vía sexual (89.7%) 

PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

- Las jeringas desechables y las esterilizadas disminuyen la probabilidad de contagio del VIH por vía sanguínea.
- Limitar el número de compañeros(as) sexuales es una forma de reducir el riesgo de infección del VIH.
- La transmisión del VIH es más probable en las prácticas sexuales anales que en el sexo vaginal u oral sin protección.
- El uso correcto y constante del condón disminuye la probabilidad de transmisión del VIH por vía sexual.
- ERROR:** Usar condón masculino y femenino al mismo tiempo.






ROTAFOLIO 4

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

¿Cuáles son los tipos más comunes de ITS?

 **Gonorrea**

Virus del Papiloma Humano 

 **Sífilis**

Chancro blando 

 **Herpes**

Algunas ITS se pueden transmitir sin necesidad de una relación sexual con penetración.

Virus del papiloma humano y el virus del herpes genital **NO tienen cura.**

4. Ventajas y desventajas del uso del condón en relaciones sexuales

Se hicieron 4 equipos y se les entregó un rotafolio y un plumón, se les pidió que dividieran en dos partes la hoja y que en la primera mitad dibujaran las ventajas de usar condón y en la otra mitad las desventajas.

Se discutió sobre las ventajas y desventajas que cada equipo dibujó. Finalmente se presentó un rotafolio con la siguiente información.

ROTAFOLIO 5

USO DEL CONDÓN

Ventajas

- Previene infecciones de transmisión sexual, VIH y embarazos.
- Está disponible sin receta.
- Son económicos y fáciles de conseguir.
- Son livianos y desechables.
- No tiene efectos secundarios hormonales.
- Se puede usar como parte de la estimulación erótica inicial.
- Fácil de usar.
- No afecta su fertilidad en el futuro.
- Puede disminuir el riesgo de la mujer del desarrollo de células pre-cancerosas en el cuello uterino.
- Pueden ayudar al hombre a mantener la erección por más tiempo.
- Pueden colocarse como parte de los juegos sexuales.
- Pueden utilizarse junto con todos los demás métodos anticonceptivos, excepto el condón femenino.

Desventajas

- Tiene que estar al alcance de inmediato. **Solución:** comprarlos y traerlos siempre
- Puede romperse o gotear. **Solución:** Usarlo de manera correcta
- Puede causar una reacción alérgica. **Solución:** Usar condón femenino o de poliuretano.



Al final se enfatizó y discutió sobre los puntos abordados en su presentación y en la de los rotafolios.

5. Cierre de la sesión

Al término de la sesión se presentó un Rotafolio con las preguntas de la prueba de conocimientos, y se les preguntó si eran correctos o incorrectos.

ROTAFOLIO 6

1 Una persona infectada por el VIH puede presentar los síntomas de la infección después de varios años.	Cierto	Falso
2 Las jeringas desechables y las esterilizadas aumentan la probabilidad de contagio del VIH por vía sanguínea.	Cierto	Falso
3 Hay ITS que se pueden transmitir sin necesidad de una relación sexual con penetración.	Cierto	Falso
4 Una persona recién infectada por el VIH presenta inmediatamente los síntomas.	Cierto	Falso
5 La transmisión del VIH es más probable en las prácticas sexuales anales que en el sexo vaginal u oral sin protección.	Cierto	Falso
6 El uso correcto y constante del condón puede prevenir el contagio de algunas ITS.	Cierto	Falso
7 Una mujer embarazada infectada con el VIH puede transmitir a su hijo el virus.	Cierto	Falso
8 Limitar el número de compañeros(as) sexuales es una forma de reducir el riesgo de infección del VIH.	Cierto	Falso
9 El virus del <i>papiloma humano</i> y el virus del <i>herpes genital</i> no tienen cura.	Cierto	Falso
10 Usar condón masculino y femenino al mismo tiempo, es más efectivo para prevenir el VIH.	Cierto	Falso
11 Una persona con VIH pero sin síntomas puede transmitir el virus a otra persona mediante contacto sexual.	Cierto	Falso
12 El uso correcto y constante del condón disminuye la probabilidad de transmisión del VIH por vía sexual.	Cierto	Falso

SESIÓN 2

Duración: 2 horas

Nombre de la actividad	Materiales	Tiempo para la actividad	Variable en la que se pretende impactar
1. Resumen de la sesión anterior		10 minutos	Conocimientos VIH, ITS Intenciones del uso del condón Actitudes hacia el uso del condón
2. Dinámica ¿Qué pasaría si...?	6 Tarjetas con las situaciones planteadas	40 minutos	Norma subjetiva Autoestima Autoeficacia en situaciones de riesgo
3. Dinámica “Desterrando mitos”	4 rotafolios 4 plumones	30 minutos	
4. Dinámica “Masculino y femenino”	4 rotafolios 4 plumones	30 minutos	Estereotipos, creencias normativas
5. Cierre de la sesión		10 minutos	

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. Resumen de la sesión anterior

Se realizó un resumen de la sesión 1, se enfatizó sobre:

- VIH → Virus que provoca la destrucción de las defensas del cuerpo y que no tiene cura
- Las formas de transmisión del VIH
- Cómo se previene el VIH → Enfatizando en el uso correcto y consistente del condón
- Señalar las ventajas de su uso (retomado de las que mencionaron en la sesión 1)

2. Dinámica “¿Qué pasaría si...?”

1. Individualmente o en grupos reducidos, se buscan respuestas a cada situación.
 - Situación 1: Mi pareja está embarazada
 - Situación 2: Tengo VIH/SIDA
 - Situación 3: Tu mejor amigo te dice: “Lo he hecho sin condón con alguien a quien no conocía, ¿qué hago?”
 - Situación 4: Tuve relaciones sexuales cuando estaba drogado
 - Situación 5: Todos mis amigos tienen relaciones sexuales
 - Situación 6: Mi pareja me dice que tengamos sexo sin condón
2. Al final, se abre un debate, primero en los subgrupos que han trabajado la misma situación y después se ponen en común todas las situaciones.
3. Algunas preguntas guía: ¿Qué pasaría? ¿Qué dirías? ¿Cómo reaccionarían los padres, la pareja, los amigos y amigas? ¿Cómo te gustaría que te trataran? ¿Qué te gustaría que te dijeran?

- Reflexión: cómo cada situación repercute en nuestra autoestima, cómo percibimos a nuestros amigos, padres y pareja ante estas situaciones.

3. Dinámica “Desterrando mitos”

- Se forman 4 grupos de cuatro o cinco personas. Se les reparten las hojas con afirmaciones sobre la homosexualidad y se les pide que comenten en torno a cada una de ellas explicando si están de acuerdo o en desacuerdo y por qué.
- Se realiza una ronda de intervenciones sobre cada una de las afirmaciones.

ROTAFOLIO 1

MITOS SOBRE LA HOMOSEXUALIDAD

- La homosexualidad es un vicio. 
- Todos los gays son afeminados.
- El hecho de tener una relación sexual o fantasías con una persona de tu mismo sexo significa que eres gay o lesbiana.
- Un gay/lesbiana siempre desea sexualmente a sus amigos del mismo sexo.
- Todos los gays y todas las lesbianas son personas promiscuas.
- Algunas personas se hacen homosexuales porque tienen dificultades para establecer relaciones con personas del otro sexo.
- La persona homosexual desea cambiar de sexo.
- La homosexualidad es una enfermedad y se puede curar sometiéndose a tratamiento médico o psicológico.
- Antes había menos gays y lesbianas que ahora.
- Si aceptamos a los gays y las lesbianas, habrá más que ahora.
- Una persona que quiera dejar de ser homosexual puede hacerlo si realmente quiere. 

TODO ES FALSO

4. Dinámica “Masculino y femenino”

- Se forman grupos de cuatro a cinco personas.
- Se les entrega un rotafolio y se les pide que realicen dibujos relacionados con lo que habitualmente utilizan para describir a un hombre y a una mujer.
- Se analizan los dibujos considerando si a una mujer le daría lo mismo que a un varón se descrito con él (viceversa).
- Se discute en plenaria los dibujos utilizados en cada grupo.
- Se dirige la discusión a la relación que tienen esos conceptos en las relaciones sexuales, y se enfatiza sobre qué papeles sociales se le permite a un hombre y a una mujer en el terreno sexual.

La discusión gira en torno a enfatizar el impacto que pueden tener estas creencias normativas y estereotipos de género sobre la conducta sexual protegida y no protegida, qué hacer para evitar que ello impida usar condón, etc. etc.

5. Cierre de la sesión

Al término de la sesión se hizo una conclusión sobre los temas abordados. Se enfatizó sobre cómo los estereotipos de hombres y mujeres se relaciona con la conducta sexual, sobre la influencia de los amigos, padres y pareja en el comportamiento sexual y sobre lo que pueden hacer ante las diferentes situaciones de riesgo.

SESIÓN 3

Duración: 2 horas

Nombre de la actividad	Materiales	Tiempo para la actividad	Variable en la que se pretende impactar
1. Resumen de la sesión anterior		10 minutos	Norma subjetiva Autoestima Autoeficacia en situaciones de riesgo Estereotipos, creencias normativas
2. Dinámica “Hablar de sexo con los padres”	Hojas blancas Lápices	20 minutos	Comunicación de temas sexuales con padre y pareja Apoyo paterno y materno Supervisión paterna y materna
3. Entrenamiento “Hablar de sexo con los padres”	Rotafolios	60 minutos	Autoeficacia para iniciar una conversación con padres sobre temas sexuales
4. Presentación de condones	Condomes, diferentes tipos y marcas	20 minutos	Actitudes hacia el uso del condón, creencias hacia el uso del condón.
5. Cierre de la sesión		10 minutos	

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. Resumen de la sesión anterior

Se realizó un resumen de la sesión 2, se enfatizó sobre:

- Tener relaciones sexuales en diversas situaciones o contextos y la importancia de usar condón.
- Lo que implica ser hombre y mujer en el terreno sexual, enfatizando en lo que cada uno puede hacer para protegerse.
- Resaltar los mitos sobre la homosexualidad y que todos están expuestos a contraer una infección.

2. Dinámica “Hablar de sexo con los padres”

1. Se solicita que dividan una hoja en dos partes, en la primera parte de la hoja se les pide que hagan un listado de los temas sexuales que les hubiera gustado hablar con sus padres y que hasta el momento no han podido hacerlo y en el otro lado de la hoja los temas sexuales que sus padres han hablado con ellos.
2. Se forman grupos y se comparten los temas que pusieron en sus hojas.
3. Se hace una plenaria señalando los temas que hablan y los que les gustaría hablar con sus padres.
4. De los temas que no han podido hablar con sus padres se identifican cuáles han sido las barreras que impiden hacerlo, señalando situaciones, lugares,

momentos, estados de ánimo, tipo de persona; finalmente se analizarán las opciones que tienen para romper las barreras.

3. Entrenamiento “Hablar de sexo con los padres”

El entrenamiento en habilidades “Hablar de sexo con los padres” se realizará a través de cuatro técnicas de cambio conductual que constituyen el Aprendizaje Estructurado (modelamiento, juego de roles, retroalimentación y entrenamiento para la transferencia).

Dicho entrenamiento se llevará de la siguiente manera:

1. Presentación de la importancia de la comunicación sobre sexualidad con los padres (ver rotafolio 1, 2 y 3).
2. Modelamiento en vivo de la integración de los componentes que definen la habilidad.
3. Práctica sistemática de la habilidad a través de juego de roles, seguida de retroalimentación y comentarios sobre la ejecución individual.
4. Planificación de las actividades a practicar en su contexto.

ROTAFOLIO 1

HABLAR DE SEXO CON PADRES O ADULTOS

- Muchos jóvenes hablan sin dificultades con sus padres sobre el tema de la sexualidad; sin embargo, hay un número importante que aún no logran hacerlo.
- No hay “recetas mágicas” al respecto y todo depende del tipo de familia que se tenga y de la comunicación que exista al interior de la misma.



- En vista de esta situación, se recomienda que sean los propios jóvenes los que se acerquen a sus padres, para iniciar una comunicación en torno a la sexualidad.
- Si no es posible, también se puede recurrir a los hermanos mayores, tíos, profesores o alguien mayor que pueda orientar.



ROTAFOLIO 2

HABLAR DE SEXO CON PADRES O ADULTOS

- Algunos padres tienen miedo de que si hablan del tema, estén empujando a sus hijos a que lo hagan. Entonces prefieren esperar y, cuando lo hablan, en ocasiones es tarde.
- Lo importante es que siempre exista la confianza suficiente como para hablar de temas que son importantes a lo largo de la vida, como lo es la sexualidad.



¿Cuál es la primera persona a quien acudes cuando tienes dudas sobre sexo?

- Si eres como la mayoría de chicos de tu edad, es probable que hables más con un amigo o amiga que con tus padres.
- Generalmente no se habla con los padres por temor, miedo, falta de confianza...



Castillo, se me
quitaron la ropa,
dijo: ¡qué hermosa
está la vida...
¡Ella se puso a reír!
¡Ella se puso a reír!
¡Ella se puso a reír!

¡Yo sé, pero ya me
está empezando a
doler el estómago.
¡Le dije que me
estaba mal!

ROTAFOLIO 3

RECOMENDACIONES PARA HABLAR DE SEXO CON PADRES O ADULTOS

- La mejor herramienta que puedes utilizar para comunicarte es seguir hablando con ellos, no importa sobre qué.
- Intenta hablar sobre las cosas cotidianas como una forma de mantener la conexión.
- No significa que se lo tengas que contar absolutamente todo.
- No siempre será fácil, a veces creerás que es imposible, pero no te des por vencido.
- Tus padres sólo son seres humanos, y se pueden ofender cuando alguien cuestiona sus puntos de vista.
- Utilizar un lenguaje y un comportamiento respetuoso en las interacciones cotidianas.
- Puedes no estar de acuerdo con lo que dicen tus padres pero escucha lo que tienen que decir y después trata de dar tu punto de vista.
- Utiliza frases que empiecen por "Yo" para comunicar cómo te sientes, qué opinas y qué quieres o necesitas.



ROTAFOLIO 4

RECOMENDACIONES PARA HABLAR DE SEXO CON PADRES O ADULTOS

- Plantear cuestiones delicadas puede parecer difícil, alguna sugerencias son:
 - Planifica lo que quieres decir con tiempo
 - Indícales con claridad que hay algo sobre lo que te gustaría hablar.
 - Elige un buen momento para hablar
 - Si tienes dudas puedes escribirlo y ensayar
 - Si a pesar de hablar con tus padres sigue habiendo dudas pueden acudir juntos con algún especialista a solicitar información.



¿tú hablaste o sigues hablando con tus padres sobre sexo?



Nunca es tarde para comenzar a hacerlo.

ROTAFOLIO 5

ALGUNAS SUGERENCIAS DE TEMAS DE SEXO QUE PUEDES HABLAR CON TUS PADRES O ADULTOS

- Cómo usar los métodos anticonceptivos
- Cómo protegerte en las relaciones sexuales
- Dónde comprar los condones masculinos
- La posibilidad de tener relaciones sexuales
- El posponer un encuentro sexual
- Ventajas que tiene el condón sobre otros métodos anticonceptivos
- Cómo usar un condón masculino
- Cómo prevenir las ITS y el VIH/SIDA
- Las posibles consecuencias de las ITS y el VIH/SIDA
- Cómo identificar los síntomas de las ITS y el VIH/SIDA



4. Presentación de condones

Se realizó una presentación de los condones existentes en el mercado, señalando colores, sabores, tamaños, texturas, enfatizando en cuáles se utilizan en cada práctica sexual, se presentó el condón femenino y se mostró cómo se utiliza. Para esta actividad se contó con un kid de condones de diferentes colores, sabores, texturas y tamaños, tal y cómo se presenta en el rotafolio 6.

ROTAFOLIO 6



5. Cierre de la sesión

Al término de la sesión se hizo una conclusión sobre los temas abordados. Se enfatizó en la importancia de hablar con sus padres sobre diferentes temas sexuales y se les dejó de tarea que hablaran con sus padres de algún tema de sexualidad.

SESIÓN 4

Duración: 2 horas

Nombre de la actividad	Materiales	Tiempo para la actividad	Variable en la que se pretende impactar
1. Resumen de la sesión anterior		10 minutos	Comunicación de temas sexuales con padre y pareja Apoyo paterno y materno Supervisión paterna y materna Autoeficacia para iniciar una conversación con padres sobre temas sexuales
2. Dinámica “El anuncio publicitario”	Rotafolios Plumones	30 minutos	Actitudes hacia el uso del condón, creencias hacia el uso del condón, intención para usar condón.
3. Entrenamiento en el uso correcto del condón	Condomes, modelo de pene para la enseñanza, rotafolios	70 minutos	Habilidad para usar correctamente el condón
4. Cierre de la sesión		10 minutos	

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. Resumen de la sesión anterior

Se hizo un resumen de la sesión 3, se enfatizó sobre:

- Importancia de la comunicación con padres
- Análisis y discusión grupal de la tarea. Si pudieron hablar con sus padres sobre algún tema de sexualidad.

2. Dinámica “El anuncio publicitario”

1. Se dividió el grupo en pequeños equipos; cada equipo creó un pequeño texto publicitario sobre el condón; en éste debían enfatizar las características positivas que posee el condón.
2. Se les dijo lo siguiente: "Hay personas que piensan que el usar condón podría ser: Poco excitante, incómodo, muy desagradable, poco erótico y nada placentero. Cada equipo creará un pequeño texto publicitario sobre el condón; en el que busquen convencer a estas personas de las características positivas que posee el condón".
3. Una vez terminado su anuncio publicitario se realizó la presentación de sus carteles.

3. Entrenamiento “Uso correcto del condón”

El entrenamiento en habilidades “Uso correcto del condón” se realizó a través de cuatro técnicas de cambio conductual que constituyen el Aprendizaje Estructurado

(modelamiento, juego de roles, retroalimentación y entrenamiento para la transferencia).

Dicho entrenamiento se llevó de la siguiente manera:

1. Presentación del uso correcto del condón, así como de los riesgos de no utilizarlo correctamente (ver rotafolio 1, 2 y 3).
2. Modelamiento en vivo de la integración de los componentes que definen la habilidad.
3. Práctica sistemática de la habilidad a través de juego de roles, seguida de retroalimentación y comentarios sobre la ejecución individual.
4. Planificación de las actividades a practicar en su contexto.

ROTAFOLIO 1

PASOS PARA USAR CORRECTAMENTE EL CONDÓN MASCULINO

1. Revisar burbuja de aire en el condón
2. Revisar fecha de caducidad
3. Buscar muesquillas por donde se puede abrir el paquete
4. Bajar el condón antes de abrir el paquete
5. Abrir el paquete sin usar uñas o dientes
6. Sacar el condón del paquete cuidando no rasgarlo
7. Ver hacia qué lado se desenrolla
8. Apretar el receptáculo de depósito del semen
9. Girar el condón dos vueltas para que no haya burbujas
10. Colocar en el glande el condón
11. Bajar el condón con las yemas de los dedos hasta la base del pene
12. Pasar las yemas de los dedos sobre el cuerpo del pene para retirar el semen y llevarlo al receptáculo.
13. Tomar el receptáculo del semen y darle dos vueltas
14. Retirar el condón
15. Desecharlo envuelto en papel en el bote de la basura



ROTAFOLIO 2

CONSECUENCIAS DEL USO INADECUADO DEL CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES

Ruptura del condón:

- Utilizar lubricantes con base oleosa
- Utilizar anillos prominentes
- Abrir el paquete del condón de manera incorrecta (uñas, dientes, cuchillos, tijeras, lápices o instrumentos afilados)
- Con no dejar espacio para el semen y sacar el aire
- Guardar el condón en sitios con temperaturas elevadas o lugares inadecuados (cartera)
- Exponerlos a la luz directa
- No comprobar fecha de caducidad
- No comprobar si el condón está dañado
- Desenrollarlo por completo antes de colocarlo

Alguna vez te ha ocurrido???



ROTAFOLIO 3

CONSECUENCIAS DEL USO INADECUADO DEL CONDÓN EN RELACIONES SEXUALES

Deslizamiento del condón (que se salga el condón durante la relación sexual):

- Desenrollarlo antes de colocarlo
- Llenarlos de agua o aire antes de utilizarlos
- Colocarlos al revés
- No desenrollarlo hasta la base del pene
- Utilizar el mismo condón más de una vez
- Colocarlos antes de la eyaculación pero con una penetración previa sin condón
- No retirar el condón después de perder la erección
- No sostener el condón en la base del pene cuando lo retiran de la vagina
- Quitarse el condón antes de terminar la relación
- Utilizarlo en relaciones que duran más de 20 minutos
- No usar un nuevo condón al cambiar de práctica sexual

Alguna vez te ha ocurrido???



4. Cierre de la sesión

Al término de la sesión se hizo una conclusión sobre la importancia de usar condón correcta y consistentemente con su pareja estable u ocasional, se dejó de tarea que si en la siguiente visita familiar va su pareja que intenten hablar con su pareja sobre el uso del condón, aquellos que su pareja no puede ingresar se les pedirá que sigan intentando hablando con sus padres pero ahora sobre el uso correcto del condón.

SESIÓN 5

Duración: 2 horas

Nombre de la actividad	Materiales	Tiempo para la actividad	Variable en la que se pretende impactar
1. Resumen de la sesión anterior		20 minutos	Habilidad para usar correctamente el condón
2. Entrenamiento “Negociación del uso del condón”	Rotafolios	90 minutos	Habilidad para negociar el uso del condón Estilos de negociación
3. Cierre de la sesión		10 minutos	

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. Resumen de la sesión anterior

Se hizo un resumen de la sesión 4, se enfatizó sobre:

- Importancia del uso correcto y constante del condón
- Se hizo una vez más la demostración de los pasos para usar correctamente el condón y se les pidió que dijeran qué se tiene que hacer paso a paso.
- Análisis y discusión grupal de la tarea. Si pudieron hablar con sus padres o pareja sobre el uso correcto del condón.

2. Entrenamiento “Negociación del uso del condón”

El entrenamiento en habilidades sobre “Negociación del uso del condón” se realizará a través de cuatro técnicas de cambio conductual que constituyen el Aprendizaje Estructurado (modelamiento, juego de roles, retroalimentación y entrenamiento para la transferencia).

Dicho entrenamiento se llevará de la siguiente manera:

1. Presentación de la importancia de la comunicación sobre sexualidad con la pareja (ver rotafolio 1 a 5).
2. Modelamiento en vivo de la integración de los componentes que definen la habilidad (se contará con dos mujeres que simularán ser la pareja de los adolescentes).
3. Práctica sistemática de la habilidad a través de juego de roles, seguida de retroalimentación y comentarios sobre la ejecución individual (se contará con dos mujeres que simularán ser la pareja de los adolescentes). Para el juego de roles se tomará el rotafolio 2 sobre lo que deben y no deben hacer al momento de negociar con su pareja para usar el condón.
4. Planificación de las actividades a practicar en su contexto.

ROTAFOLIO 1



PRETEXTOS QUE PUEDE DECIR LA PAREJA PARA NO USAR CONDÓN

Pretexo	Algunas alternativas
¿No confías en mí?	No se trata de confianza, se trata de protegernos para que estemos bien los dos.
No se siente tan bien con condón	Existen muchos condones con texturas que hacen que sintamos más rico.
No me excito si usamos condón.	Que te parece si usamos algún anillo que vibre y un condón con textura y vemos qué pasa probablemente descubramos que nos gusta más. Qué te parece si yo te lo pongo?
No traemos condones	Podemos ir a comprar unos o esperarlos a tenerlos para tener relaciones, lo importante es que el día de mañana no nos arrepintamos por un momento de calentura.
Si quieres tener sexo conmigo es sin condón	Respeto tu decisión, sólo quiero que sepas que para mí es importante que tengamos relaciones sexuales sólo con condón, crees que podamos hablar sobre ello y llegar a un acuerdo.
Estamos tomando la pildora, necesitamos un condón	Pero si usamos condón nos estamos protegiendo la doble, tu sabes que ningún método es 100% no seguro, de esa forma estamos siendo más responsables.

ROTAFOLIO 2



PRETEXTOS QUE PUEDE DECIR LA PAREJA PARA NO USAR CONDÓN

Pretexo	Algunas alternativas
Ponérselo interrumpe todo	Podemos usar un condón femenino ya que ese te lo puedes poner mucho tiempo antes de que tengamos relaciones...o qué te parece si lo incluimos como parte de algún juego sexual.
Te retiras a tiempo	Pero qué pasa si estoy muy excitado y no logro retirarme a tiempo, creo que arriesgamos mucho si lo hacemos de esa manera.
Sólo esta vez	Una vez basta para que quedemos embarazados, con alguna infección o VIH.
Es que me quitan las ganas en plena acción	No te preocupes yo me encargo de que no se te quiten las ganas, además si usamos este condón con texturas puede ser más rico.
No sirven!!!	Es cierto que no son 100% seguros pero si los usamos como se deben de usar es más probable que estemos protegidos, de hecho sirven más que usar pastillas anticonceptivas.
Sólo lo usa la gente promiscua	No para nada, no se trata de que tu tengas muchas parejas sexuales o de que yo me esté acostando con muchas chavas. Pero todos estamos expuestos a contraer una infección o VIH y creo que lo más importante es que nos cuidemos los dos.

ROTAFOLIO 3



PRETEXTOS QUE PUEDE DECIR LA PAREJA PARA NO USAR CONDÓN

Pretexo	Algunas alternativas
Me da Alergia	No te preocupes existen algunos condones que están hechos de poliuretano, podemos usar esos para que no te de alergia.
Supongo que realmente me amas	Precisamente porque te amo creo que es importante que nos cuidemos, me importas mucho y no me gustaría que algo malo te pasara por eso creo que es importante que usemos condón.
Si me quisieras, me dejarías tener sexo contigo sin usar condones	Te quiero mucho por eso debemos cuidarnos, usar condón es una forma de demostrarte cuanto te quiero.
Crees que te soy infiel	No es eso, confió en ti, pero es necesario que usemos condón podemos prevenir alguna infección de transmisión sexual, recuerda que hay algunas que se transmiten y no necesariamente por contacto sexual.



ROTAFOLIO 4

RECOMENDACIONES PARA NEGOCIAR EL USO DEL CONDÓN

- Escucha los argumentos que te da tu pareja para no usar condón.
- En función de lo que tu pareja te diga tu da argumentos para usarlo.
- Da nuevos argumentos para usarlo



Lo que SI debes hacer

- Trata de llegar a un acuerdo con tu pareja para protegerse sexualmente.
- Se consistente al argumentar tu punto de vista para protegerse sexualmente.
- Trata de encontrar una solución de mutuo acuerdo sobre el uso del condón.
- Comparte los problemas con tu pareja de tal manera que puedan encontrar juntos una solución para protegerse sexualmente.
- Busca soluciones equitativas entre tu pareja y tú cuando hay un conflicto para usar el condón.

ROTAFOLIO 5

RECOMENDACIONES PARA NEGOCIAR EL USO DEL CONDÓN

- Escucha los argumentos que te da tu pareja para no usar condón.
- En función de lo que tu pareja te diga tu da argumentos para usarlo.
- Da nuevos argumentos para usarlo



Lo que NO debes hacer

- Imponer tu forma de ser en el terreno sexual.
- Tratar de salirte con la tuya cada vez que puedes cuando se trata de relacionarse sexualmente.
- Cambiar tu posición sobre protegerse sexualmente con tal de prevenir conflictos.
- Adaptarse a los deseos de la pareja cuando hay desacuerdo para usar el condón.
- No discutir temas sexuales que pueden provocar conflicto.
- Adaptarse fácilmente a los deseos y forma de ser de tu pareja.

3. Cierre de la sesión y taller

Al término de la sesión se hizo una conclusión sobre la importancia de hablar con su pareja y negociar el uso del condón, independientemente si su pareja es estable u ocasional. Finalmente se hizo un cierre del taller en dónde se les pidió que mencionaran qué fue lo que más les gusto y qué les hubiera gustado que se abordara.