



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

PROGRAMA DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

AUTOEFICACIA PARA LA PREVENCIÓN DE SIDA EN ADOLESCENTES CON  
TRASTORNOS MENTALES

TESIS PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

JOSE MANUEL PEREZ BUENABAD

TUTOR METODOLÓGICO

DR. RODRIGO MARIN NAVARRETE

TUTOR TEÓRICO

DRA. BEATRIZ CERDA DE LA O

CIUDAD DE MÉXICO, 2017



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.

## RESUMEN

*Introducción.* El constructo de autoeficacia planteado por Bandura, se ha propuesto como un componente importante en la reducción de riesgo de VIH/SIDA. Este constructo se ha estudiado en adolescentes, encontrándose una relación entre la autoeficacia y la probabilidad en mantener conductas sexuales saludables. La escala SEA-27 (Self-Efficacy for AIDS de 27 elementos) fue aplicada en población adolescente mexicana (López-Rosales & Moral, 2001), reportándose un mayor nivel de autoeficacia en las clases sociales más altas y un bajo uso de preservativo en la muestra general. Sin embargo hay limitada literatura que describa este constructo en población adolescente con Trastornos mentales (TM). *Objetivo.* Por lo anterior, el presente manuscrito busca describir el grado de autoeficacia para la prevención de VIH/SIDA en esta población que acude la Consulta Externa del INPRFM. *Método.* Se realizó un estudio descriptivo y transversal, a través de muestreo por conveniencia. Dicha muestra estuvo conformada por 77 participantes adolescentes que asistieron al servicio antes mencionado de febrero a abril del año 2017, a quienes se les aplicó el SEA-27. Posteriormente se analizaron las variables demográficas y los TM mediante estadísticos descriptivos, y se realizó t de Student, chi cuadrada y ANOVA para comparar las medias entre los grupos de participantes con o sin determinado TM. *Resultados.* La muestra quedó conformada por 38 mujeres y 39 hombres; en la el Trastorno depresivo mayor fue el más frecuente (48.05%); con puntuación de autoeficacia mas prevalente para ambos sexos como promedio-baja, y respecto a los TM no se encontró diferencia significativa entre tener uno o uno, a excepción del TAG. Los hallazgos y su interpretación se discutirán a más detalle en el presente manuscrito.

***Palabras clave:*** autoeficacia, VIH/SIDA, adolescentes, transtornos mentales.

## **INTRODUCCION**

Los/las adolescentes se consideran un grupo de riesgo para la infección por VIH/SIDA, con reportes que entre los 15 y 19 años ya han iniciado su vida sexual (Elkington et al., 2011). En este sentido, hay evidencia que de esta población, aquellos con TM tienen un mayor riesgo de transmisión de VIH, por lo que considerarlos como un grupo vulnerable es de suma importancia (Scharko, 2011).

Psiquiátricamente, los adolescentes infectados son más propensos a ser sexualmente activos a una edad temprana, a participar con más frecuencia en relaciones sexuales sin protección, tener múltiples parejas sexuales, tener antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el uso de alcohol y otras sustancias durante las relaciones sexuales; y en cambio son menos propensos al uso del condón (Stiffman, Doré, & Earls, 1992).

Los efectos directos o indirectos del virus en el sistema nervioso central, los factores genéticos, la exposición prenatal a sustancias por parte de los padres, infecciones oportunistas por inmunosupresión, la adecuación de la atención médica, relaciones familiares y personales, influyen en la presentación de la sintomatología psiquiátrica (Scharko, 2006). Otro factor que afecta la presentación de los TM es que la mayoría de las personas jóvenes expuestas al VIH enfrentan estresores ambientales como el vivir en zonas afectadas por la pobreza, el estrés familiar, el alcoholismo y el abuso de sustancias. En Estados Unidos (EU) y otros países con acceso al TAR, las/os niñas/os que son infectados por vía perinatal (IVP) ahora sobreviven y alcanzan la adolescencia y la edad adulta; por lo que este grupo se suma a los adolescentes que

inherente a una mayor búsqueda de la novedad e impulsividad en esta etapa o poca información sobre la infección por VIH pueden adquirirla ya sea por vía sexual o sanguínea (Scharko, 2011).

Los factores de riesgo psicosociales y de comportamiento propios de los/las adolescentes, se relacionan con un estado de ánimo depresivo, y con el consumo de sustancias; reportándose que hasta una cuarta parte de los estudiantes de secundaria mencionan el combinar las bebidas alcohólicas y el uso de sustancias durante las relaciones sexuales (Crosby & Cates, 2012).

La prevalencia de los TM entre los/las adolescentes con infección por VIH ha variado ampliamente debido a las diferentes metodologías de los estudios que la han evaluado, 28.6% tiene diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), 24.3% de trastornos de ansiedad y 25% depresión (Scharko, 2011). En este sentido es importante atender las necesidades de salud de los/las adolescentes con TM y vincularlas con medidas de protección contra las ITS, lo cual sería acorde con lo estipulado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) (Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2012).

El constructo de autoeficacia planteado por Bandura, se ha propuesto como un componente importante en la reducción de riesgo de VIH/SIDA (Bandura, 1997), hallándose relación entre la autoeficacia y la probabilidad en mantener conductas saludables.

Se ha encontrado en población adolescente relación significativa entre la autoeficacia como medida preventiva para VIH/SIDA y medidas para evitar conductas de riesgo, como el sexo con protección, la evitación de fluidos corporales y la habilidad para hablar con la pareja

sobre su historia sexual y el uso de condón; dichos hallazgos han indicado que los adolescentes con mayor autoeficacia preventiva globalmente tienen menos conductas sexuales de riesgo y por ende menor riesgo de infección por VIH/SIDA (Lee, Salman & Fitzpatrick, 2009). Del mismo modo se ha estudiado a la autoeficacia como limitante de conductas sexuales de riesgo, y su relación con el monitoreo parental y el conocimiento de VIH/SIDA, encontrando que el conocer o enseñar sobre VIH/SIDA se asocia a una mayor autoeficacia como medida para disminuir las conductas sexuales de riesgo independiente del sexo (Mahat et al., 2016).

Además se ha descrito que intervenir con programas de prevención para el desarrollo de autoeficacia respecto al uso de condón, puede utilizarse como medida preventiva para reducir el riesgo de infección por VIH/SIDA y otras ITS en población adolescente (Chen et al., 2009).

En este sentido, se desarrolló una escala de 22 reactivos (Self-Efficacy for AIDS, SEA) en donde se midió el uso de condón en las relaciones sexuales en el último año, las creencias sobre la autoeficacia de las medidas de prevención, susceptibilidad y severidad de SIDA y el resultado de las acciones preventivas (Kasen et al., 1992). Cabe mencionar que en el desarrollo dicha escala, se encontró en la muestra una mayor incerteza en la habilidad de los adolescentes para rechazar una relación sexual con una pareja deseada, bajo presión o después del consumo de alcohol o cannabis, compra de condones o su uso constante después de consumir alcohol o cannabis y preguntar a la pareja sobre relaciones homosexuales previas; además de que aquellos adolescentes con menor autoeficacia para rechazar una relación sexual eran dos veces más propensos a tenerlas y cinco veces más propensos a no usar condón consistentemente.

En México se ha aplicado la escala SEA en población adolescente e incluso se validó, ampliandola de 22 a 27 preguntas (Self-Efficacy for AIDS de 27 elementos, SEA-27); en cuyos resultados se reportó un mayor nivel de autoeficacia en las clases sociales más altas y un bajo uso de preservativo en la muestra general (43% nunca lo usa, 18.4% a veces), siendo del 15.83% en los varones y 5.11% en las mujeres (López-Rosales & Moral, 2001).

Finalmente, el conocer la autoeficacia como predictor de las conductas de riesgo en los/las adolescentes específicamente en aquellos que cuentan con al menos un diagnóstico de TM es de necesidad sustancial para contribuir en el desarrollo de programas de prevención contra el VIH en esta población en particular. En este sentido, el presente manuscrito tiene como objetivos: describir el grado de autoeficacia para la prevención de VIH/SIDA en la población adolescente con TM que son atendidas en la Consulta Externa del INPRFM, así como las características demográficas y los TM presentes en la muestra, y su implicación o no en la autoeficacia de la población a estudiar.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

Se llevó a cabo un estudio transversal, a través de muestreo por conveniencia. Dicha muestra estuvo conformada por 77 participantes (adolescentes con una edad entre 13 y 17 años) que asistieron al Servicio de Consulta Externa del INPRFM del mes de febrero a abril del año 2017, que cumplieron con los criterios de inclusión: a) Contar con al menos un diagnóstico de TM de acuerdo a los criterios establecidos por el DSM-IV TR a través de una entrevista clínica reportada en el expediente clínico electrónico institucional y b) Saber leer y escribir. En cambio

los criterios de exclusión fueron: a) Tener diagnóstico de acuerdo a los criterios establecidos por el DSM-IV TR de discapacidad intelectual, presentar un episodio psicótico, de hipomanía, de manía o tener riesgo suicida.

## **Medidas**

**Autoeficacia para la prevención de VIH/SIDA.** Se utilizó la escala SEA-27 (Apéndice 1), instrumento que cuenta con 27 reactivos que valoran la capacidad auto-percibida para evitar conductas sexuales de riesgo, capacidad auto-percibida para preguntar al compañero/a sobre las relaciones sexuales anteriores y otras conductas de riesgo, capacidad auto-percibida para adquirir y utilizar correctamente los condones, y Capacidad auto-percibida para conservar la virginidad hasta el matrimonio, ser fiel a la pareja y hablar de las relaciones sexuales con los padres. Las puntuaciones obtenidas tras la aplicación de la escala, se suman y generan un valor, que debe interpretarse mediante las tablas del Manual SEA-27 (Moral & López-Rosales, 2009).

**Trastornos mentales.** Se midió de acuerdo al diagnóstico realizado con base en los criterios del DSM IV-TR.

**Variables demográficas.** Para la descripción de la muestra se evaluaron en los participantes edad, sexo, orientación sexual, estado civil, escolaridad y actividad laboral.

## **Procedimiento**

Los participantes fueron reclutados en las instalaciones de la consulta externa del INPRFM. Aquellos que cumplieron los criterios de inclusión y aceptaron participar, siempre en



compañía de su madre/padre/tutor/a se les brindó una explicación verbal inicial del objetivo y los procedimientos a llevarse a cabo para la realización del estudio y a aquellas personas que aceptaron participar, se les entregó el consentimiento informado para la madre/padre/tutor/a y una carta de asentamiento para el/la adolescente (Anexo 2). Para efectos de análisis, aquellos participantes cuyo diagnóstico asentado fue “rasgos de personalidad en formación o rasgos de personalidad Clúster B” fueron eliminados. Posteriormente se aplicó la escala SEA-27.

### **Consideraciones éticas**

Al ser el presente se apegará en todo momento a la Declaración de Helsinki, que considera la autonomía de las participantes así como los principios de justicia, respeto y confidencialidad; y en el marco regulatorio nacional a la NOM-012-SSA3-2012 que establece la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. El estudio al ser de tipo descriptivo transversal y no involucrar tratamientos, se le considera un investigación con riesgo mínimo.

### **Análisis estadísticos**

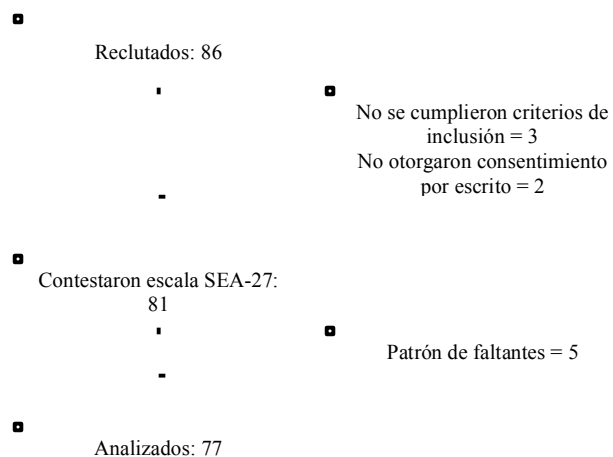
Para el caso de las variables demográficas y los TM se presentan estadísticos descriptivos, por lo que se obtendrán frecuencias y porcentajes; además se relacionarán estas variables respecto al sexo mediante el uso de la prueba t de Student y chi cuadrada.

Para el análisis de la escala SEA-27, se hará una sumatoria de la puntuación para cada grupo de elementos de los tres apartados distintos y se interpretará de acuerdo a las tablas del manual SEA-27, describiendo frecuencias y porcentajes respecto al sexo.

Además de lo anterior, las puntuaciones de autoeficacia se relacionarán con los TM hallados y se crearán grupos de clasificación de los TM obtenidos de acuerdo a la clasificación DSM IV-TR, los cuales además se compararán con las características demográficas de los participantes, utilizando prueba de ANOVA o t de Student (según sea el caso) para comparar las medias entre los grupos.

## RESULTADOS

Un total de 86 participantes fueron enrolados en el estudio, sin embargo tras evaluación de elegibilidad, la muestra quedó conformada por 77 participantes, siendo integrada por 38 mujeres y 39 hombres (Figura 1).



**Figura 1.** Diagrama de flujo de los participantes del estudio

Las principales características de los participantes fueron una media de edad de 15.57 años (DE = 1.105 ), mediana de 16 y una moda de 15. Independientemente del sexo la mayoría de los participantes de la muestra reportaron que tienen estudios a nivel secundaria, ser

heterosexuales y solteros; y al realizar t Student no se encontró diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la actividad laboral por sexo (Tabla 1).

*Tabla 1.*  
Características de los participantes

	Hombres n = 39	Mujeres n = 38	Total n=77	Dif. estadísticas
	M (DE)	M (DE)		
Sin actividad laboral	33 (84.6)	35 (92.1)		t (75) = 0.374
	Frec (%)	Frec (%)	Frec (%)	
Edad				
13	3 (7.6)	1 (2.6)	4 (5.1)	
14	5 (12.8)	1 (2.6)	6 (7.8)	
15	13 (33.3)	15 (39.4)	28 (36.4)	
16	10 (25.6)	10 (26.3)	20 (26)	
17	8 (20.5)	11 (28.9)	19 (24.7)	
Educación				
Primaria	6 (15.3)	2 (5.2)	8 (10.4)	
Secundaria	31 (79.4)	33 (86.8)	64 (83.1)	
Técnico/Bachillerato/Preparatoria	2 (5.1)	3 (7.8)	5 (6.5)	
Orientación sexual				
Heterosexual	25 (64.1)	24 (63.1)	49 (63.6)	
Homosexual	11 (28.2)	14 (36.8)	25 (32.5)	
Bisexual	2 (5.1)	-	2 (2.6)	
Asexual	0	1 (2.63)	1 (1.3)	
Estado civil: Soltero	39	36 (94.7)	75 (97.4)	

\* $p < 0.05$

En cuanto a los TM diagnosticados, el Trastorno depresivo mayor (TDM) fue el más frecuentemente diagnosticado en la muestra; sin embargo los hombres tienen una mayor prevalencia de Trastorno de conducta (TC). Tras realizar chi cuadrada, para comparar los TM en relación al sexo, se obtuvo únicamente para el caso del Trastorno de ansiedad generalizada una  $p < 0.05$ . (Tabla 2)

Tabla 2.

Trastornos mentales por sexo de los participantes

	Hombres n = 39	Mujeres n = 38	Total n=77	Dif. estadísticas
	Frec (%)	Frec (%)	Frec (%)	
Trastorno depresivo mayor	20 (51.3)	17 (44.7)	(48.05)	$\chi^2_{(1)} = .33$
Trastorno de conducta	22 (56.4)	14 (36.8)	(46.75)	$\chi^2_{(1)} = 1.048$
Trastorno déficit de atención e hiperactividad	11 (28.2)	9 (23.7)	(25.9)	$\chi^2_{(1)} = .205$
Trastorno por consumo de sustancias	4 (10.3)	7 (18.4)	(14.2)	$\chi^2_{(1)} = .33$
Trastorno negativista desafiante	6 (15.4)	1 (2.6)	(9.09)	$\chi^2_{(1)} = 3.78$
Fobia social	3 (7.7)	5 (13.2)	(10.3)	$\chi^2_{(1)} = .618$
Trastorno pánico	2 (5.1)	5 (13.2)	(9.09)	$\chi^2_{(1)} = 1.502$
Distimia	4 (10.3)	1 (2.6)	(6.49)	$\chi^2_{(1)} = 1.843$
Trastorno ansiedad generalizada	4 (10.3)	-	(5.19)	$\chi^2_{(1)} = 4.11^*$
Trastorno obsesivo compulsivo	1 (2.6)	1 (2.6)	(2.59)	$\chi^2_{(1)} = .000$
Trastorno de estrés posttraumático	1 (2.6)	2 (5.3)	(3.8)	$\chi^2_{(1)} = .374$

\*  $p < 0.05$ .

Los TM obtenidos en la muestra se agruparon de acuerdo a la clasificación DSM IV-TR y se compararon en relación al sexo mediante chi cuadrada: Trastornos del estado de ánimo, Trastornos de ansiedad y Trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia; encontrándose una  $p < 0.05$  para este último grupo (Tabla 3).

Tabla 3.

Grupos de trastornos mentales por sexo de los participantes

	Hombres n = 39	Mujeres n = 38	Total n=77	Dif. estadísticas
	Frec (%)	Frec (%)	Frec (%)	
Trastornos del estado de ánimo	21(53.8)	17 (44.7)	38 (49.4)	$\chi^2_{(1)} = 0.639$
Trastornos de ansiedad	9 (23.1)	10 (26.3)	19 (24.7)	$\chi^2_{(1)} = 0.109$
Trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia	29 (74.4)	20 (52.6)	49 (63.6)	$\chi^2_{(1)} = 3.926^*$

\*  $p < 0.05$ .

Una vez obtenidas las puntuaciones directas de la escala con la sumatoria de cada uno de los elementos y posteriormente seguir las normas para conocer el grado de autoeficacia de

acuerdo al Manual SEA-27 con el uso de las tablas por sexo, se obtuvo que para el caso de las mujeres el 0.38% obtuvo auto-eficacia alta para la prevención de VIH/SIDA, 2.28% promedio alto, 78.94% promedio bajo y 0.38% bajo; para el caso de los hombres el 5.12% obtuvo auto-eficacia alta, 33.33% promedio alto, 51.28% promedio bajo y 10.25% bajo.

Se hace prueba de ANOVA para relacionar el total de las puntuaciones de autoeficacia para la prevención de VIH/SIDA con las características de los participantes, sin encontrarse significancia estadística. (Tabla 4).

Tabla 4.  
Autoeficacia para la prevención de VIH/SIDA en relación a las características de los participantes

	<i>n</i>	M	DE	df	F	p
Edad				4	1.369	.253
13	4	80.25	22.736			
14	6	100.00	20.852			
15	28	87.68	16.198			
16	20	89.80	11.303			
17	19	86.95	10.690			
Educación				2	.19	.827
Primaria	8	90.13	9.493			
Secundaria	64	88.72	15.145			
Técnico/Bachillerato/Preparatoria	5	85.00	17.958			
Orientación sexual				3	.985	.405
Heterosexual	49	88.39	14.112			
Homosexual	25	88.48	14.964			
Bisexual	2	84.00	29.698			
Asexual	1	113.00				
Estado civil: Soltero	75	88.61	14.880	1	.291	.971

\*p<0.05

Por último se realiza prueba de ANOVA para relacionar el total de las puntuaciones de autoeficacia para la prevención de VIH/SIDA con los TM mediante los grupos, sin encontrarse significancia estadística. (Tabla 5).

Tabla 5.  
Autoeficacia para la prevención de VIH/SIDA en relación a los TM

	<i>n</i>	M	DE	df	F	p
Trastornos del estado de ánimo	38	89.87	15.97	1	0.566	0.454
Trastornos de ansiedad	19	86.53	13.43	1	0.509	0.478
Trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia	49	87.86	14.715	1	0.362	0.549

## DISCUSION

El presente estudio tuvo como primer objetivo, el aplicar la escala SEA-27 en adolescentes con diagnóstico de TM con la finalidad de valorar la autoeficacia para la prevención de VIH/SIDA, obteniéndose que tanto para el sexo masculino como femenino es más frecuente que su autoeficacia se encuentre en un promedio bajo lo cual se correlaciona respecto a estudios reportados en la literatura (Mahat et al., 2016). En este sentido, tomando en cuenta el procedimiento a seguir durante la valoración de acuerdo al manual de la escala SEA-27, habría que intervenir para elevar el nivel de autoeficacia (Moral, J. & López-Rosales, F., 2009).

La media de edad fue de 15.57 años, con un grado de estudios en su mayoría de al menos nivel secundaria (83.1%) y con reporte de encontrarse sin actividad laboral (88.3%); por lo que de acuerdo a la literatura, es en esta población (estudiantes nivel secundaria y sin ocupación) la que indica ha combinado bebidas alcohólicas-sustancias con sexo y en quienes además se ha diagnosticado en su mayoría estado de ánimo depresivo, lo cual también es encontrado como hallazgo en el presente estudio, siendo el TDM el TM más prevalente (48.05%).

Al realizar pruebas de correlación de las características de los participantes y TM respecto a sexo, se encontró únicamente significancia estadística para el TAG lo cual puede obedecer al hecho que los trastornos ansiosos son los más prevalentes en la población general (Borges et al., 2008); a pesar de que se ha reportado también relación significativa con TM afectivos. Así mismo se encontró diferencia estadísticamente significativa respecto a los Trastornos de inicio en la infancia, niñez y adolescencia y el sexo los cuales son parte de los trastornos externalizantes y que de acuerdo a lo reportado en la literatura se ha relacionado con niveles altos de sexo no seguro y uso de alcohol-drogas, lo que consecuentemente los lleva a mayores conductas de riesgo para VIH/SIDA incluyendo actividad sexual frecuente, inicio temprano de vida sexual, bajo uso de condon, números altos de parejas sexuales y prostitución (Donenberg, 2001).

En relación a los TM presentes en la muestra, además del TDM, el TC (46.75%), el TDAH (25.97%) y el TCS (14.28%), fueron los TM más prevalentes, lo cual es esperable a la luz de la población que se atiende en el INPRFM.

### **Limitaciones**

Dentro de las limitaciones del presente estudio, se encuentra la presencia del padre/madre/tutor/a, ya que durante la aplicación de la escala los adolescentes siempre debían encontrarse acompañados y ello pudo haber influido en las respuestas brindadas que en su mayoría se relacionaban a salud sexual.

Otra limitación y que abre un área de oportunidad, sería el dar seguimiento a los diagnósticos de TM ya que en el área psiquiátrica una valoración transversal puede diferir de otra que se realice a posterior.

El anterior estudio, tuvo como finalidad conocer la autoeficacia en los adolescentes con TM que acuden al INPRFM, y tras valorar la autoeficacia para la prevención de VIH/SIDA mediante la escala SEA-27 y no encontrar diferencias entre aquellos con o sin determinado TM a excepción del TAG, permite integrarlos a estrategias de intervención y educación mediante programas psicoeducativos que tengan como finalidad reducir el comportamiento sexual de riesgo que tiene consecuencias importantes en la salud social actual y en la prevención de VIH/SIDA.

### **Financiamiento**

Al haber sido un estudio cuyo producto es la presente tesis de especialidad médica, no contó con financiamientos para su conducción, más que el soporte e infraestructura institucional del INPRFM.



## REFERENCIAS

- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: the exercise of control. *W.H. Freeman*. New York.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37:122-147.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84:191-215.
- Benton, T. (2011) Psychiatric considerations in children and adolescents with HIV/AIDS. *Pediatric clinics of north america*, 58: 989-1002
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, ME., Orozco, R. & Wang, T. (2008). Treatment of mental disorders for adolescents in Mexico City. *Bulletin of the World Health Organization*, 86:757-764
- Chen X., Dinaj-Koci V., Brathwaite N., Cottrell L., Devaux L. & Gómez P. (2016) Development of condom-use self efficacy over 36 months among early adolescents: A mediation analysis. *The Journal of Early Adolescents*, 32, 711-729.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos. (2012). *Campaña nacional por los derechos sexuales de las y los jóvenes*. México.
- Crosby, R. & Cates, W. (2012). Condom use: still a sexual health staple. *Sexual health*, 9, 1-3.
- Dausey, DJ. & Desai, R. (2003). Psychiatric comorbidity and the prevalence of HIV infection in a sample of patients in treatment for substance abuse. *J Nerv Ment Dis*, 191:10-17
- Donenberg, G., Emerson, E., Bryant, F. & Wilson, H. (2001). Understanding AIDS-risk behavior among adolescents in psychiatric care: links to psychopathology and peer relationships. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40(6):642-653

- Elkington, K., Robbins, R., Bauermeister, J., Abrams, E., McKay, M. & Mellins, C. (2011).  
Mental health in youth infected with and affected by HIV. *J Pediatr Psychol*, 36(3), 360-373
- Kalichman, S., Malow, R., De'vieux, J. (2007). HIV risk reduction for substance using seriously mentally ill adults: test of the information-motivation-behaviour skills (IMB) model.  
*Community Ment Health*, 41:277-290
- Kasen, S. (1992) Self-Efficacy for AIDS preventive behaviors among tenth grade students.  
*Health Educ Ouaterly HJ*; 1992, 182-202
- Lee X, Salman A & Fitzpatrick J. (2009). HIV/AIDS Preventive self-efficacy depressive symptoms, and risky sexual behaviors in adolescents: A cross-sectional questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 46, 653-666.
- López-Rosales, F. & Moral, J. (2001) Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes. *Salud Pública Mex*, 43, 421-432
- Mahat, G., Scoloveno, M. & Scoloveno, R. (2016) HIV/AIDS knowledge, self-efficacy for limiting sexual risk behavior and parental monitoring. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(1), 63-69.
- Moral, J. & López-Rosales, F. (2009) Manual de aplicación de la escala de auto-eficacia para evitar conductas sexuales de riesgo para el contagio de VIH/SIDA SEA-27.  
*Ed.UANL*
- Murphy, D., Durako, S., Mosccicki, A., Vermund, S., Ma, Y., Schawrz, D. & Muenz A. (2001) No change in health risk behaviors over time among HIV infected adolescents in care: role of psychological distress. *The adolescent medicine HIV/AIDS research network*. 29, 57-63.

- Parry, C., Blank, M. & Pithey, A. (2007). Responding to the threat of HIV among persons with mental illness and substance abuse. *Curr Opin Psychiatry*, 20, 235-241.
- Scharko, A. (2006). DSM psychiatric disorders in the context of pediatric HIV/AIDS. *AIDS Care*, 18, 441-6.
- Stiffman, A., Doré, P. & Earls, F. (1992). The influence of mental health problems on AIDS-related risk behaviors in young adults. *J Nerv Ment Dis*, 180, 314–320.
- Tegger, M., Crane, H., Tapia, K., Uldall, K., Holte, S. & Kitahata, M. (2008). The effect of mental illness, substance use and treatment for depression on the initiation of highly active antirretroviral therapy among HIV-infected individuals. *AIDS patient care and STDs*, 22(3): 233-243.

## Anexo 1



### HOJA DE DATOS GENERALES AUTOEFICACIA DEL USO DE CONDÓN PARA LA PREVENCIÓN DE SIDA EN PACIENTES ADOLESCENTES CON PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Iniciales del participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Orientación sexual: asexual, bisexual, homosexual, heterosexual.  
 Estado civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad (años de estudio): \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Total de personas que viven en tu casa (incluyéndote): \_\_\_\_\_

### ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA PREVENIR EL SIDA, DE 27 ELEMENTOS, SEA-27

A continuación se presentan una serie de preguntas en las cuales vas a señalar el grado de seguridad que creas tener:

A) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de decir NO, cuando te propones tener relaciones sexuales...?	Nada seguro (a)	Algo seguro (a)	Medio seguro (a)	Muy seguro (a)	Total seguro (a)
1. Alguien conocido hace 30 días o menos	1	1	1	1	1
2. Alguien cuya historia sexual es desconocida para ti	2	2	2	2	2
3. Alguien cuya historia de drogas es desconocida para ti	3	3	3	3	3
4. Alguien a quien has tratado con anterioridad	4	4	4	4	4
5. Alguien a quien deseas tratar de nuevo	5	5	5	5	5
6. Alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales	6	6	6	6	6
7. Alguien a quien necesitas que se enamore de ti	7	7	7	7	7
8. Alguien que te presiona a tener relaciones sexuales	8	8	8	8	8
9. Alguien con quien has estado bebiendo alcohol	9	9	9	9	9
10. Alguien con quien has estado utilizando drogas	10	10	10	10	10
11. Alguien con quien tu nivel de excitación es muy alto	11	11	11	11	11
B) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de...?	Nada seguro (a)	Algo seguro (a)	Medio seguro (a)	Muy seguro (a)	Total seguro (a)
1.					
1. Preguntar a tu novio(a) si se ha inyectado alguna droga	1	1	1	1	1
2. Discutir sobre la prevención del SIDA con tu novio(a)	2	2	2	2	2
3. Preguntar a tu novio(a) sobre sus relaciones sexuales tenidas en el pasado.	3	3	3	3	3
4. Preguntar a tu novio(a) si ha tenido alguna experiencia homosexual	4	4	4	4	4
C) ¿Qué tan seguro estás de ser capaz de...?	Nada seguro (a)	Algo seguro (a)	Medio seguro (a)	Muy seguro (a)	Total seguro (a)

1. Usar condón cada vez que tengas relaciones sexuales	1	1	1	1	1
2. Usar correctamente el condón	2	2	2	2	2
3. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado bebiendo alcohol	3	3	3	3	3
4. Usar el condón durante el acto sexual después de que has estado consumiendo o utilizado alguna droga (mariguana, resistol, tinner)	4	4	4	4	4
5. Insistir en el uso del condón durante el acto sexual incluso si tu novio(a) prefiere no usarlo	5	5	5	5	5
6. Negar a tener relaciones sexuales si tu pareja o acepta usar el condón	6	6	6	6	6
7. Contar siempre con el dinero suficiente para comprar condones	7	7	7	7	7
8. Acudir a la tienda a comprar condones	8	8	8	8	8
9. No tener relaciones sexuales hasta contraer matrimonio	9	9	9	9	9
10. Mantener relaciones sexuales con una sola persona para toda la vida	10	10	10	10	10
11. Platicar con tu papá sobre temas sexuales	11	11	11	11	11
12. Platicar con tu mamá sobre temas sexuales	12	12	12	12	12

## Anexo 2

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRIGIDA A PADRES PARA LA PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA EN EL ESTUDIO:****Autoeficacia para la prevención de SIDA en adolescentes con trastornos mentales**

A su **hijo(a)** y/o representado legal se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase en absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si desea que su **hijo(a)** participe, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

**Justificación del estudio:**

En México la prevalencia de VIH-SIDA en personas por arriba de los 15 años es de aproximadamente 0.2%, lo que quiere decir que dos de cada mil personas a partir de esta edad vive con VIH según datos de CENSIDA (Centro Nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA) del 2013, de las cuales se ha estimado que sólo el 50% lo saben, así mismo el 95.1 % de los casos se calcula son resultado de relaciones sexuales no protegidas por medio del uso de condones ya sea el masculino o el femenino; y aunque se considera a nuestro país con una prevalencia baja y con estabilización en la expansión en los últimos diez años, los esfuerzos en los programas de prevención deben continuar. El poder evaluar de una manera objetiva el uso apropiado de las diferentes medidas de prevención como el uso o no de condón al tener relaciones sexuales permitiría conocer más a fondo y de una manera más objetiva (mediante la aplicación de escalas) las necesidades de prevención requeridas en la población que recibe atención en el INPRF.

**Colaboración:**

Se pide que su **hijo(a)** conteste una escala con 27 preguntas base con respuestas que van desde “nada seguro” a “total seguro” la cual será aplicada por personal médico capacitado del INPRFM, en una sola ocasión y que tiene un tiempo aproximado de aplicación de 15 minutos.

- ◆ La participación de su **hijo(a)** en el estudio consiste en que ciertos datos de su expediente clínico se recabarán y se analizarán junto con los datos de otras/os pacientes que participen en la investigación.
- ◆ Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- ◆ No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted ni para su **hijo(a)**, en caso de no aceptar la invitación.
- ◆ Si decide que su **hijo(a)** participe en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, cuya decisión no tendrá consecuencia alguna.
- ◆ No recibirá pago por la participación de su **hijo(a)**.
- ◆ La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada participante, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- ◆ La participación de su **hijo(a)** será en beneficio del estudio en el área de Psiquiatría.

- ◆ Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de la participación de su **hijo(a)**, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado para padres.
- ◆ El procedimiento de riesgo mínimo consiste en la aplicación de la escala SEA-27 la cual puede desencadenar en su **hijo(a)** participante probables síntomas ansiosos y/o depresivos al responderla, que serán atendidos con contención y en caso de exacerbación de la sintomatología de trastorno mental ya identificado o algún otro no diagnosticado previamente.
- ◆ **Beneficios:** Se dará psicoeducación a su **hijo(a)** en torno a la relación entre los padecimientos de psiquiatría y su relación con la infección por VIH/SIDA y el rol de la autoeficacia en la prevención de dicho síndrome; además se dará psicoeducación sobre el uso adecuado del condón con apoyo de tríptico informativo realizado por el investigador principal, y en caso de detectar que el uso del condón sea inadecuado se le explicará la forma correcta de uso.

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Estoy de acuerdo en que mi **hijo(a)** participe en este estudio de investigación y autorizo se revise su expediente clínico.

Información de contacto de investigador: Dr. José Manuel Pérez Buenabad, teléfono 41605434.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Fecha



## CARTA DE ASENTAMIENTO INFORMADO PARA ADOLESCENTES PARA LA PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA EN EL ESTUDIO:

### **Autoeficacia para la prevención de SIDA en adolescentes con trastornos mentales**

Se te invita a participar en esta parte de la investigación que tiene como propósito el poder estudiar la autoeficacia como medida de prevención de SIDA. La autoeficacia se refiere a la confianza en la capacidad de toda persona para llevar acabo una tarea o cometer una meta determinada y se ha encontrado a ésta como un factor predictor de medidas de riesgo para SIDA; lo anterior se ha estudiado en adolescentes con y sin trastornos mentales, sin embargo con esta investigación se valorará a aquellos que acuden al servicio de Consulta Externa de esta Institución.

Se te pide el contestar una escala con 27 preguntas base con respuestas que van desde “nada seguro” a “total seguro” la cual será aplicada por personal médico capacitado en una sola ocasión y con tiempo de aplicación de aproximadamente 15 minutos, además de que ciertos datos de tú expediente clínico se recabarán y analizarán. Tú participación es completamente voluntaria, no tiene ningún costo y no obtendrás ninguna consecuencia desfavorable en tu atención en este Instituto en caso de no aceptar participar; sin embargo si aceptas contribuirás a generar información para poder evaluar de una manera objetiva el uso apropiado de las diferentes medidas de prevención de SIDA al tener relaciones sexuales lo que permitiría conocer las necesidades de prevención requeridas en la población que recibe atención en el INPRFM.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad con códigos numéricos que hacen imposible tu identificación para personas ajenas a la investigación.

Estás en libertad de dejar de participar en el estudio en cualquier momento y en ese caso, sin que esto afecte la atención que recibes en el Instituto. En caso de cualquier duda o aclaración puedes comunicarte con el investigador principal Dr. José Manuel Pérez Buenabad al teléfono 41605434.

He leído (o me han leído) la información sobre mi participación en este estudio de investigación, me han ofrecido la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas. He decidido firmar este documento para formar parte de la investigación y autorizo el acceso para revisar mi expediente clínico. Recibo una copia de este documento.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Fecha