



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE PROGRAMA DE COMPETENCIAS PARA PROMOVER
CONDUCTAS SEXUALES PREVENTIVAS EN ADOLESCENTES**

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

PRESENTA:
KARLA ELISA CERVANTES JÁCOME

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

TUTOR ADJUNTO: DR. JOSÉ CRISTÓBAL PEDRO ARRIAGA RAMÍREZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM.

TUTOR EXTERNO: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM

JURADO A: DRA. MARÍA DE LOURDES RODRÍGUEZ CAMPUZANO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM

JURADO B: DRA. MARÍA LUISA CEPEDA ISLAS
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO 2022



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

A mi madre Isaura, quien se tomó el tiempo para enseñarme a leer y sentar las bases de lo que hoy puedo escribir. Quien siempre apoyó cada decisión y me enseñó a ser una mujer independiente. Cada reconocimiento siempre llevará tu nombre entre líneas.

A mi hermana Karina, quien me motivó a seguir adelante ante las adversidades, cuya alegría siempre ha iluminado mi camino. Nuestra fuerza nos permitirá cumplir cada objetivo y los aprendizajes que hemos tenido en esta vida siempre nos llevarán a estar juntas en esta y muchas vidas más.

A mi padre, quien me apoyó en este camino y siempre se esforzó para que tuviera la mejor educación posible. Tu esfuerzo por tener una mejor educación tuvo un impacto en mi vida que dejará una huella para siempre.

A mi abuelita Chela, mi tía Gaby, mi tía Luisa y mis primos Alonso y Aarón, quienes han estado en cada paso apoyándome de todas las formas que les ha sido posible. A mi abuelo Tito, quien se fue antes de tiempo y no pudo presenciar lo que sus enseñanzas dejaron en mí. La unión familiar ha sido y será siempre mi motivación para ser una persona íntegra y hacer siempre lo correcto.

A las mujeres que pertenecieron y gobernaron esta familia, cuya herencia fue el coraje y valor que hoy en día me impulsa a ser dueña de mi destino y no permitir que otros elijan por mí.

A mis amigos que me animaron y confiaron en mí, en especial David y Anai.

A la Dra. Susana Robles, quien, sin conocerme, se aventuró a cumplir este sueño conmigo. Gracias por haber confiado en mi palabra y haber hecho este proyecto más de lo que imaginé. Su guía y palabras abrieron las puertas de mi camino.

Al Doctor José Cristóbal Pedro Arriaga Ramírez, cuya enseñanza desde el inicio de la carrera marcó mi camino en el análisis de la conducta. Usted ha sido un ejemplo no solo como psicólogo, sino como persona.

A los Doctores Juan José Sánchez Sosa, María de Lourdes Rodríguez Campuzano y María Luisa Cepeda Islas, por haber aceptado contribuir en este trabajo sin duda alguna.

A la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla, a California State University (Monterey Bay) y a la Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder) por haber contribuido a mi educación y abrir mi visión del mundo. Cada experiencia me quitó el temor a lo nuevo y me dejó un hambre por conocer y aprender más fuera de los libros.

Si iyá Afirika fún àwọn èkó, àti Afrobeat tó mú imọlẹ̀ àti ìdùnnú sílẹ̀ àyè mi. Si àwọn bàbà nílá mi, nínú àìsun, aìwo pẹ̀lú akitiyan wọn láti ẹ̀ se amọ̀na àti olùtọ̀ sì ọ̀nà mi, àti fífi ayànmọ̀ mi hàn mi. Mó mọ̀ ore, pàápàá julọ̀ Mó fí isẹ̀ yí ẹ̀ se ẹ̀ri pé gbígba ilẹ̀ yí kojá má ẹ̀ se ọ̀pọ̀lọ̀pọ̀ ni ànfàní, lílò àwọn ohùn t'àyè ti fún mi láti ẹ̀ se iranwo àti itẹ̀siwaju èkó tí àwọn amúni lẹ̀rú fẹ̀ gbà lọ. Mó si ni irètí pé ile àyè yí ni idi pàtàkì àti pé kín lè jẹ̀ri si awọn ipá tó yí wá ká.

Fata viam invenient

CONTENIDO

Resumen

Abstract

Introducción

Parte I. Marco teórico

CAPÍTULO 1. EMBARAZO EN ADOLESCENTES	1
1.1 Adolescencia y sus características	1
1.2 Factores que se asocian con el embarazo en adolescentes.....	6
1.2.1 Biológicos	7
1.2.2 Psicológicos.....	10
1.2.3 Sociales	12
1.3 Consecuencias del embarazo en adolescentes.....	16
1.4 Estadísticas del embarazo en adolescentes a nivel mundial	24
1.5 Embarazo en adolescentes a nivel nacional	27
1.6 Derechos sexuales.....	31
1.7 Otros problemas de salud en adolescentes	37
1.7.1 Aborto	38
1.7.2 Infecciones de transmisión sexual	43
1.8 Conclusiones.....	48
CAPÍTULO 2. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y SU USO.....	52
2.1 Métodos anticonceptivos: Descripción	52
2.1.1 Métodos no hormonales	53
2.1.2 Métodos de barrera.....	57
2.1.3 Métodos hormonales	74
2.1.4 Anticonceptivos de emergencia	88
2.2 Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos	97
2.3 Conclusiones.....	108
CAPÍTULO 3. MODELOS PSICOLÓGICOS EN SALUD	112
3.1 Modelo de creencias de salud	112
3.1.1 Estudios de variables asociadas al uso del condón.....	115

3.2 Modelo de autoeficacia	119
3.2.1 Estudios de variables asociadas al uso del condón.....	120
3.3 Modelo basado en la Teoría de Acción Razonada.....	126
3.3.1 Estudios de variables asociadas al uso del condón.....	127
3.4 Modelo basado en la Teoría de la Conducta Planeada	130
3.4.1 Estudios de variables asociadas al uso del condón.....	132
3.5 Modelo de información, motivación y habilidades conductuales.....	134
3.5.1 Estudios de variables asociadas al uso del condón.....	136
3.6 Modelo Psicológico de la Salud Biológica.....	139
3.6.1 Estudios de variables asociadas al uso del condón.....	145
3.7 Conclusiones.....	156
CAPÍTULO 4. PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DEL USO DEL CONDÓN	159
4.1 Programas de intervención	159
4.2 Conclusiones.....	212
PARTE II. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA	215
CAPÍTULO 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	216
CAPÍTULO 6. ESTUDIO I: CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA PRUEBA DE CONOCIMIENTOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	224
6. 1 Objetivo general.....	224
6.2 Objetivos específicos:	224
6.3 Fase I: Construcción de prueba y estudio piloto	225
6.4 DISCUSIÓN	233
CAPÍTULO 7. ESTUDIO II: ANÁLISIS DE PREDICTORES DEL USO DEL CONDÓN Y DISEÑO DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA PROMOVER SU USO.....	237
7.1 Objetivo general.....	237
7.2 Objetivos específicos	237
7.3 Método	238
7.3.1 Tipo de estudio	238
7.3.2 Población universo.....	238
7.3.3 Procedimiento de selección de la muestra	238
7.3.4 Participantes	238

7.3.4.2 Escenario	239
7.3.6 Materiales	240
7.3.7 Instrumentos	240
7.3.8 Procedimiento	246
7.3.9 Análisis de resultados	249
7.3.10 Consideraciones éticas del estudio.....	249
7.4 RESULTADOS.....	250
7.4.1 Descriptivos	250
7.4.2 Comparativos.....	263
7.4.3 Correlacionales	274
7.4.4 Análisis de regresión múltiple	283
7.5 CONCLUSIONES	287
CAPÍTULO 8. PROPUESTA DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.....	290
8.1 Objetivo general.....	290
8.2 Población e instrumentos.....	290
8.3 Diseño y variables.....	291
8.4 Procedimiento	292
8.5 Análisis de resultados	295
8.1 DISCUSIÓN	295
REFERENCIAS.....	315
ANEXOS	334

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Eficacia, efectividad, ventajas y desventajas de métodos anticonceptivos	89
Tabla 2. Características de jueces expertos.....	228
Tabla 3. Poder discriminativo de cada uno de los reactivos de la prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos.....	231
Tabla 4. Definiciones conceptuales y operaciones de las variables evaluadas en el estudio	240
Tabla 5. Características sociodemográficas de los participantes	239
Tabla 6. Condiciones de primera relación sexual, uso del condón, embarazo y aborto de los participantes con experiencia sexual	250
Tabla 7. Promedio de parejas sexuales, uso del condón durante toda la vida y en los últimos tres meses	251
Tabla 8. Porcentaje de participantes que respondió correctamente a cada reactivo de la prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos.....	253
Tabla 9. Porcentaje de participantes que respondió “no sé” a cada reactivo de la prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos	255
Tabla 10. Porcentaje de participantes que respondieron correctamente a cada reactivo de la prueba de conocimientos sobre el uso del preservativo	257
Tabla 11. Puntaje promedio obtenido por todos los participantes en cada uno de los reactivos de la escala de autocontrol	258
Tabla 12. Puntaje promedio obtenido por todos los participantes en cada reactivo de la escala para evaluar competencia sexual preventiva.....	259
Tabla 13. Porcentaje de participantes competentes en cada uno de los factores disposicionales de la escala de competencia sexual preventiva	260
Tabla 14. Puntaje promedio de todos los participantes en cada reactivo del uso correcto del preservativo en el acto sexual.....	261
Tabla 15. Frecuencia y porcentaje de participantes que ejecutaron correctamente cada paso de la habilidad para el uso correcto del condón	262
Tabla 16. Comparación entre hombres y mujeres en distintos indicadores de su comportamiento sexual.....	263
Tabla 17. Comparaciones de porcentajes de hombres y mujeres que respondieron correctamente a cada reactivo de la prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos	265
Tabla 18. Comparación de porcentaje de respuestas correctas de hombres y mujeres en cada categoría de la prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos	267

Tabla 19. Promedio de porcentaje de respuestas correctas de participantes con y sin experiencia sexual en cada categoría de la prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos	270
Tabla 20. Comparaciones de porcentajes de participantes con y sin experiencia sexual que respondieron correctamente a cada reactivo de la prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos.....	271
Tabla 21. Correlación entre cada variable y el índice de consistencia del uso del condón durante toda la vida.....	274
Tabla 22. Correlación entre cada variable y el índice de consistencia del uso del condón en los últimos tres meses.....	276
Tabla 23. Correlación entre cada una de las variables evaluadas	276
Tabla 24. Correlación entre cada variable y el índice de consistencia del uso del condón durante toda la vida en hombres y mujeres	278
Tabla 25. Índice de correlación entre cada variable y el índice de consistencia del uso del condón en los últimos tres meses en hombres y mujeres	279
Tabla 26. Índice de correlación	280
Tabla 27. Índice de correlación entre cada una de las variables evaluadas en participantes con (parte superior) y sin experiencia sexual (parte inferior)	282
Tabla 28. Modelo lineal de predictores del índice de consistencia del uso del condón durante toda la vida, con intervalos de confianza de 95% corregidos por sesgo y acelerados reportados entre paréntesis para participantes mujeres.....	285
Tabla 29. Modelo lineal de predictores del índice de consistencia del uso del condón en los últimos tres meses, con intervalos de confianza de 95% corregidos por sesgo y acelerados reportados entre paréntesis en participantes mujeres.....	287

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Creencias de la Salud (Rosentock, Strecher & Becker, 1994)	114
Figura 2. Modelo de Autoeficacia (Bandura, 1999)	120
Figura 3. Modelo basado en la Teoría de Acción Razonada (Ajzen & Fishbein, 1980).....	127
Figura 4. Modelo de la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1991)	131
Figura 5. Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (Fisher & Fisher, 1992)	135
Figura 6. Modelo psicológico de la salud biológica (Ribes, 2018).....	140
Figura 7. Propuesta de aplicación y evaluación de competencias para la promoción del uso del condón desde el Modelo Psicológico de la Salud Biológica	221

RESUMEN

Con base en el Modelo Psicológico de la Salud Biológica, se diseñó la propuesta de un programa de competencias para promover conductas sexuales preventivas en adolescentes. Para el cumplimiento de dicho objetivo, se llevaron a cabo dos estudios. **Estudio 1.** Se construyó y estimaron las propiedades psicométricas de una prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos dividida en tres categorías: características, uso y eficacia, ventajas y desventajas. Participaron 229 estudiantes de bachillerato del Municipio de Ecatepec de entre 15 y 19 años años ($M = 16.22$; $DE = .978$). Los resultados señalaron que 31 ítems mostraron un poder discriminativo, con un índice de dificultad de .45 de toda la prueba y un índice de confiabilidad de .739. **Estudio 2.** El estudio tuvo como objetivo conocer cuáles eran las variables predictoras del uso del condón para diseñar un programa de intervención y promover su uso. Los mismos participantes del estudio 1 respondieron un conjunto de instrumentos que evaluaba: conocimientos sobre métodos anticonceptivos, conocimientos sobre el uso del preservativo, autocontrol, conducta sexual y uso de métodos anticonceptivos, competencia sexual preventiva y uso correcto del preservativo en el acto sexual. Además, se evaluaron a través de la observación directa, la habilidad del uso correcto del condón y habilidades de comunicación sexual asertiva. Los resultados mostraron niveles bajos de información sobre métodos anticonceptivos, información y habilidad del uso correcto del condón y habilidad para hablar sobre sexualidad y negociar el uso del condón. Se encontraron diferencias en función del sexo y de la experiencia sexual. De todas las variables, solo las conductas irreflexivas mostraron ser predictoras en el uso del condón, pero solo en el caso de las mujeres. La exposición a los adolescentes a la información y situaciones simuladas para el desarrollo de competencias debe formar parte de los programas de intervención.

Palabras clave: competencias, modelo psicológico de la salud biológica, condón, variables predictoras, métodos anticonceptivos.

ABSTRACT

A proposal of competencies training to promote preventive sexual behavior in adolescents. Based on the Psychological Model of Biological Health, the present study designed a program of competencies to promote preventive sexual behaviors in adolescents. Two studies were carried out for this purpose. **Study 1.** The psychometric properties of a contraceptive knowledge test divided into three categories were constructed and estimated: characteristics, use and efficacy, advantages and disadvantages. A total of 229 high school students from the Municipality of Ecatepec between 15 and 19 years old participated ($M = 16.22$; $SD = .978$). The results indicated that 31 items showed a discriminative power, with a difficulty index of .45 for the entire test and a reliability index of .739. **Study 2.** The study's objective was to identify the predictive variables of condom use to design an intervention program and promote its use. The same participants of study 1 answered a set of instruments that evaluated: knowledge about contraceptive methods, knowledge regarding condom use, self-control, sexual behavior and use of contraceptive methods, preventive sexual competence and correct use of condoms during sexual intercourse. In addition, the study evaluated the ability to correctly use condoms and assertive sexual communication skills through direct observation. The results showed low levels of information about contraceptive methods, information and ability to use condoms correctly, and ability to talk about sexuality and negotiate condom use. Differences were found based on sex and sexual experience. Of all the variables, only thoughtless behaviors predicted condom use, but only in the case of women. Intervention programs must include exposition to information and simulated situations to develop skills. Exposure of adolescents to information and simulated situations for the development of skills should be part of intervention programs.

Keywords: competences, psychological model of biological health, condom, predictor variables, contraceptive methods.

INTRODUCCIÓN

El término “salud” ha tenido diferentes cambios a lo largo de la historia, pues se ve influenciado por conceptos institucionales, determinado pensamiento imperante en la época, etc. Anteriormente se le veía a la enfermedad como un castigo divino y eran los dioses o los brujos quienes podían curarla. En la época moderna se opta por un interés de tipo natural con respecto al cuerpo humano y se considera que existe un agente patógeno externo que es el causante definitivo de cierta enfermedad, supuesto impulsado por la teoría microbiana (Vergara, 2007). Es precisamente esta última teoría la que definiría la visión de salud y enfermedad por mucho tiempo.

Ribes (2008) señala que existen dos modelos con sus respectivas dimensiones: la medicobiológica y la sociocultural. En la primera se ve a la salud como una ausencia de enfermedad (definición dada por la Organización Mundial de la Salud hasta 1948) y en la segunda como bienestar. En el modelo biomédico se centra al agente patógeno como el causante primordial de una enfermedad, mientras que el segundo prioriza las circunstancias ecológicas y socioculturales. En ambas dimensiones el papel principal con respecto a la enfermedad se coloca al individuo como un ser pasivo ante los inminentes ataques ya sea de un agente patógeno o de las condiciones bajo las cuales se encuentra.

Con respecto a este papel del individuo en el proceso de salud y enfermedad, Goldiamond (1974) señaló que se podía hablar de dos modelos: el modelo tradicional con una orientación clínico-patológica y el modelo con una orientación *constructiva* que era el epidemiológico y de rehabilitación. El primero señala que para poder recuperar un estado de salud se requiere *eliminar algo* del organismo y el segundo establece que se debe *dotar* al individuo de los recursos necesarios para que pueda mantener su estado de salud.

Aunque anteriormente la visión sobre los agentes patógenos era la que pretendía explicar todas las enfermedades, se comenzaron a observar que no todas las enfermedades poseían un “agente causal”, como es el caso de las enfermedades crónico-degenerativas. Es por eso que Ribes (2008) sostiene que

no se puede únicamente comprender el estado de salud-enfermedad en términos de agentes patógenos o de circunstancias ecológicas o sociales, sino que se requiere de un eje vinculador entre ambas dimensiones y dicho eje es el del comportamiento, pues es la “(...) práctica de individual de un organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales” (p. 15). De esta forma, la Psicología puede aportar al ámbito de la salud, toda vez que es el actuar del individuo lo que puede modular que se enferme o que se mantenga en un estado de salud. Lo anterior es congruente con la visión del modelo epidemiológico y de rehabilitación, en el cual se entiende que se requiere de promover ciertos recursos del individuo para regular su estado de salud.

Según Piña y Rivera (2006), el psicólogo o psicóloga de la salud, debe “hablar de y tratar con la salud, y no hablar de y tratar con la enfermedad” (p. 676). Por ello, se deben establecer cuáles serían las funciones del psicólogo en el ámbito de la salud, pues esta delimitación debe ser congruente con la dimensión individual en el proceso salud-enfermedad. Estos mismos autores proponen que la psicología de la salud debe ser “un campo de actuación profesional en que los psicólogos poseen tanto los *conocimientos* –saber acerca de las cosas- como las *competencias* –saber hacer las cosas de modo eficiente- indispensables para cumplir con las funciones de investigación de qué y cómo las variables psicológicas facilitan o dificultan la práctica de los comportamientos instrumentales de riesgo o de prevención, con el objeto de prevenir una enfermedad y promover la salud” (Piña & Rivera, 2006, p. 673).

De esta forma, la Psicología puede formar parte de las explicaciones sobre cómo un individuo llega a un estado de enfermedad, definiendo las variables psicológicas que hacen más o menos probable que una persona se encuentre en situación de riesgo. En este caso es pertinente señalar que existen diferentes aproximaciones psicológicas que poseen diferentes definiciones de comportamiento. Aquí se entenderá se retomará la perspectiva interconductual, que define al comportamiento como “la interacción molar del organismo con el ambiente físico, químico, ecológico y/o social” (Ribes & López, 1985).

Los problemas que se aborden en el ámbito de salud normalmente son definidos por sus implicaciones biológicas, pero también implican un acto de valoración social. Así como el concepto de salud mismo se vio influenciado por el contexto histórico y social, los problemas psicológicos también. Este contexto histórico será el marco de referencia del problema. Un ejemplo de ello es el problema del embarazo en adolescentes, pues no solo tiene complicaciones a nivel biológico debido a que los adolescentes se encuentran en una etapa de desarrollo, sino que también se valora como un problema actualmente y no como en épocas anteriores en las que la procreación era vista como algo deseable. No obstante, esta visión de la procreación a edades tempranas aún es bien vista en ciertas culturas actualmente tanto en nuestro país como en otros.

En el problema del embarazo en adolescentes es vital comprender las variables que se encuentran en las diferentes dimensiones: biológica, psicológica y social, para poder comprenderlo y abordarlo. Como se ha mencionado, si bien las dimensiones biológicas y sociales no son suficientes para comprender este problema, integran una visión sobre cómo el adolescente se relaciona ante cambios biológicos, sobretodo de tipo hormonal, en la sociedad en la que se encuentra, demandando que el hombre o la mujer comiencen a comportarse como adultos.

En este problema sobresale una conducta específica: el uso del condón. El uso del condón es una conducta de salud que puede prevenir al adolescente no solo de un embarazo, sino también de infecciones de transmisión sexual. Esta conducta ha sido promovida ampliamente y actualmente aún se ven porcentajes bajos en su utilización. La Psicología ha realizado estudios para conocer las variables que predicen su uso y también ha aplicado dichos conocimientos en el diseño de programas que promuevan su uso, sin embargo, parece ser que aún se deben seguir mejorando dichos diseños para que los adolescentes lo usen desde su primera relación sexual y lo sigan utilizando correctamente en sus relaciones posteriores. Del correcto análisis y las estrategias para intervenir dependerá que esto pueda suceder, considerando y reconociendo siempre la influencia que tienen

las dimensiones biológicas y, sobretudo, las sociales, pues estas últimas podrán tener un peso explicativo fuerte y difícilmente cambiabile.

PARTE I. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. EMBARAZO EN ADOLESCENTES

1.1 Adolescencia y sus características

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, y tanto la OMS como la Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011) consideran a la adolescencia entre los 10 y los 19 años. Esta definición tuvo lugar debido a diferentes movimientos, en su mayoría relacionados con niños trabajadores tras la Primera y Segunda Guerra Mundial, resultando en 1979 la declaración del Año Internacional del Niño y en 1985 el primer Año Internacional de la Juventud por las Naciones Unidas (op. cit.).

Si bien la adolescencia comprende la segunda década de vida, se ha subdividido en etapas debido a las características que desarrolla el adolescente. Lewis y Bernstein (1986; citados en Shuiling & Likis, 2013) refieren 3 etapas: adolescencia temprana (11-13 años), adolescencia media (14-17 años) y adolescencia tardía (17-21 años), mientras que la UNICEF (2011), la divide en adolescencia temprana (10 a 14 años) y adolescencia tardía (15-19 años). En la adolescencia temprana comienzan los cambios físicos, y aunque en las mujeres se expresa de manera más rápida, es probable que los padres aún no perciban estos cambios en un inicio y los sigan tratando como infantes (Águila et al., 2017). También comienza la distinción del género y los ahora adolescentes comienzan a ajustar su conducta con respecto a normas sociales (UNICEF, 2011), siendo esto auspiciado por el ingreso a la escuela que también contribuirá a cambios como una influencia mayor de sus pares, la orientación sexual, el reconocimiento de normas y por ende de lo que está “bien” y lo que está “mal” (Águila et al., 2017). En la adolescencia tardía continúan los cambios físicos, pero es la influencia de sus pares la que aumenta, lo que puede llevar a desencadenar problemas como el tabaquismo y alcoholismo. A saber, se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y 15 años fuma y es probable que mantenga ese hábito hasta por 15 años más. Es por eso que esta etapa es considerada como crucial, pues comienzan a

desarrollarse hábitos que pueden seguir teniendo presencia en la etapa adulta (UNICEF, 2011).

La pubertad, que es un término que considera lo biológico, hace referencia exclusivamente a la maduración reproductiva y que acompaña a la adolescencia (Juraska et al., 2013), considerándose como el proceso del incremento de la hormona gonadal esteroide que ocurre entre los 8 y 14 años en mujeres y entre los 9 y 15 años en hombres, resultando la competencia reproductiva (Tanner, 1962; citado en Papalia et al., 2012). Sin embargo, Marshall (1978) menciona que no existe una edad específica y que no ocurren todos los cambios en todos los individuos en el mismo periodo, pero que sí existe una variación de edad entre ambos sexos. Dicho autor define a la pubertad como “(...) un término colectivo que abarca todos los cambios morfológicos y fisiológicos que ocurren en el niño o la niña en crecimiento a medida que las gónadas cambian de su estado infantil a su estado adulto” y que “la pubertad no está completa hasta que el individuo tiene la capacidad de concebir y criar con éxito a los niños” (p. 141). Tanto Tanner (1962), como Marshall (1978) y Juraska et al. (2013) concuerdan con que el resultado es la competencia de un individuo para reproducirse, aunque no necesariamente la competencia de criar, pues para ello se requerirían de otras habilidades que sobrepasan lo biológico.

Los cambios a nivel biológico comienzan con el incremento en el hipotálamo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), quien da lugar a la hormona luteinizante (LH), siendo esta última la causante de la secreción de testosterona y androstenediona en los varones, así como la hormona folículo estimulante (FSH), la que genera el inicio del ciclo menstrual (Chiras, 2008) y que se presenta generalmente a los 12 años (UNICEF, 2011). Es durante la pubertad que la testosterona tiene un aumento dramático en los varones y estimula el crecimiento celular y en cuentas óseas y musculares, crecimiento del vello facial, cuerdas vocales más gruesas, calvicie (Chiras, 2008), así como el aumento de la grasa en la piel y el olor corporal en el caso de los hombres (Papalia et al., 2012) además de que se presenta la primera eyaculación (espermarquia) alrededor de los 13 años (UNICEF, 2011). En las mujeres la secreción de estrógeno es la que

aumenta y con ello estimula el desarrollo de los ovarios y, a su vez, el ciclo menstrual o menarquia y causa el crecimiento de los genitales externos y los senos (Chiras, 2008). En ambos sexos tanto el estrógeno como el andrógeno se encuentran presentes, pero los niveles son más elevados en las mujeres en el primer tipo de hormona y más elevados en los hombres en el segundo tipo (Buck Louis et al., 2008; citado en Papalia et al., 2012). Algunos cambios se dan de manera más rápida en mujeres en comparación con los hombres, como lo es la estatura. Sin embargo, las características sexuales secundarias tienen solo una ligera diferencia entre los sexos (Marshall, 1978).

A nivel neuronal se han encontrado características interesantes en la adolescencia. En esta etapa se ha observado que el proceso de mielinización se produce de forma impresionante y la información fluye a través de distintas regiones magnificando su impacto (Yaklovev & Lecours, 1967; citado en Burnett & Blakemore, 2009; Spear, 2012), así como el número de sinapsis en la corteza prefrontal (Huttenlocher, 1979). Además, se ha encontrado que las áreas del “circuito de recompensa” son más sensibles en comparación con los adultos. Esta sensibilidad a la anticipación a la recompensa se ha asociado a altos niveles de impulsividad, que a su vez se han asociado con el consumo de alcohol y otras drogas. En cuanto a zonas relacionadas con el castigo, en la etapa adolescente se requiere de mayor intensidad de estímulos aversivos en comparación con los adultos para responder. Se ha sugerido que las respuestas neuronales al reforzamiento negativo pueden madurar más tarde que las respuestas al reforzamiento positivo, lo cual podría influir en algunos comportamientos característicos de la adolescencia calificados como riesgosos (Spear, 2012). Pero no solo eso, sino que también estas características se ven influenciadas por el desarrollo hormonal como una influencia en tendencias de comportamiento de índole sexual (Dahl, 2010).

Los cambios biológicos son evidentes y radicales, pero no son los únicos que se presentan en esta etapa. A nivel psicológico y social se observa una transición importante, pues no solo los cambios biológicos se consideran como un indicador de madurez, sino que a nivel social el adolescente es visto ya no como

un niño que depende totalmente de sus padres, sino un individuo en transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones propias de la etapa adulta. Este cambio puede tener un impacto, pues la interacción entre la conducta del adolescente y el rol podrían confundir al adolescente con respecto al rol que debe desempeñar (Shuiling & Likis, 2013).

Uno de los ámbitos que cambia es la relación con los padres, lo cual es relevante, pues es la familia la encargada de enseñar los valores al ser el primer grupo social (Aliño et al., 2006). La forma en cómo los padres ejercen la autoridad tiene un impacto en el desempeño escolar y el ajuste del adolescente (Steinberg & Morris, 2001), pues son ellos quienes durante la infancia tienen el control y establecen las reglas. Sin embargo, al inicio de esta etapa el tiempo que pasan juntos disminuye y la relación entre ellos es más igualitaria con respecto al adolescente (Steinberg, 1990; citado en Steinberg & Morris, 2001) lo cual puede generar conflictos (Aliño et al., 2006; Águila et al., 2017) o mantener una buena relación con ellos, pues muchos adolescentes refieren una buena relación con sus padres (Steinberg, 2000).

Otro de los cambios en esta etapa es la integración de los adolescentes a nuevos grupos sociales, en especial la relación con sus compañeros, amigos y profesores. En esta etapa, como se señaló, la familia continúa siendo relevante, pero el adolescente comienza a conocer a otras personas, quienes incluso pueden fungir como el patrón a seguir (Águila et al., 2017). Lo anterior indica que sus pares podrían ser aquellos quienes tengan una influencia aún mayor (Brown, 2004; citado en Scherf et al., 2013; Widman et al., 2016). La integración a estos nuevos grupos sociales será auspiciada por su inserción escolar, pues es otro de los transmisores de normas de conducta. Este cambio de círculo social implica que el adolescente se ajuste también a las normas que considere correctas con respecto a sus pares y que conlleve a un comportamiento diferente al esperado en casa, lo cual puede o no implicar conflictos (Aliño et al., 2006).

A nivel social existen exigencias sobre cómo un adolescente debe de comportarse y las responsabilidades que eso atrae. Una forma de considerar al

adolescente como un individuo capaz de tomar decisiones es el establecimiento de lo que se considera “mayoría de edad”. En cada país se tiene establecida la edad para manejar, ejercer el derecho al voto o consumir bebidas alcohólicas, que son conductas consideradas propias de un adulto. Actualmente se consideran los 18 años como la mayoría de edad en varios países, lo que coincide con el nivel superior de la escala de edad para los niños y niñas que se describe en el Artículo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño, pero en otros países la mayoría de edad es menor a los 18, lo que puede implicar un riesgo, al ser socialmente aceptable que un adolescente lleve a cabo conductas que probablemente lo pongan en riesgo, más que propiciar su crecimiento. Un ejemplo de lo anterior es el matrimonio, como una manera de percibir al adolescente como capaz de conformar incluso una nueva familia (UNICEF, 2011).

Como se puede deducir, todos estos cambios conforman la especificidad de la etapa de la adolescencia, sin embargo, no se puede afirmar que unos son más importantes que otros, pues son resultado de la interacción de factores biológicos, experiencia y cambios ambientales (Dumontheil, 2015). Además, algo a considerar es que todos estos cambios ocurren de manera casi simultánea, lo que hace de la adolescencia una etapa todavía más compleja. Son estos cambios los que propician que los adolescentes puedan involucrarse en conductas consideradas como riesgosas, en términos de que puedan ser perjudiciales para su salud, pues los adolescentes comienzan a experimentar cambios en su cuerpo y sus pares también, se interesan en actividades fuera del hogar y comienzan a tener libertades que les permite explorar diferentes situaciones.

Uno de los problemas de salud que enfrenta esta población es involucrarse en conductas riesgosas de tipo sexual, pues los adolescentes comienzan a experimentar deseos sexuales, tener exigencias para comenzar a tener relaciones y en la mayoría de las ocasiones se ven presionados por sus pares para llevar prácticas sin el debido uso de métodos anticonceptivos. Actualmente el embarazo en adolescentes se ubica como uno de los principales problemas a nivel mundial debido a que en muchos países se ha observado un aumento y a las consecuencias a las que conlleva, pues implica un riesgo para la

madre, probabilidades de deserción escolar, un cambio en el proyecto de vida para los adolescentes, entre otras (OMS, 2020). Siendo el embarazo en adolescentes el problema principal, se describirán los factores que propician el que los adolescentes incurran en prácticas riesgosas que conlleven a un embarazo no planeado, considerando las características de esta población previamente descritas.

1.2 Factores que se asocian con el embarazo en adolescentes

Como se ha mencionado, la pubertad se identifica como la maduración sexual (en términos biológicos) y está comprendida en la adolescencia. En esta etapa, los adolescentes experimentan cambios físicos y conductuales, que propician el deseo por experimentar nuevas cosas, incluidas en el ámbito sexual. El que en un varón se presente la espermarquia y en la mujer la menarca significa que, en sentido estrictamente biológico (pues el espermatozoide puede fecundar el óvulo), están “preparados” para procrear, sin embargo, esto no significa que esta etapa sea la ideal para ello. La oferta de métodos anticonceptivos ha permitido a las personas poder tener un mayor control sobre el número de hijos, lo que se ha reflejado en una disminución de tasa de embarazos en todo el mundo de 160 embarazos cada 1 000 mujeres de entre 15 y 44 años en 1995 a 134 embarazos cada 1 000 mujeres en 2008. Las tasas de embarazos deseados y no deseados han caído, respectivamente, de 91 y 69 cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años en 1995 a 79 y 55 cada 1 000 mujeres entre 15 y 44 años en 2008 (Singh, 2009, citado en OMS, 2012). Sin embargo, los datos en la población adolescente aún siguen siendo preocupantes, pues la OMS ha advertido que constituye aún un problema por enfrentar en sus diferentes dimensiones.

El que los adolescentes no utilicen métodos anticonceptivos para prevenir un embarazo es un resultado de múltiples factores de dimensión biológica, psicológica y social, por lo que se requiere analizar la contribución de cada uno.

1.2.1 Biológicos

A través de los años se ha visto una evolución importante en la edad promedio de menarquia, pues desde 1895 la edad promedio en que se presenta ha disminuido tres años. El que la menarquia se presente a edades cada vez menores tiene una relación estrecha con el nivel socioeconómico, pues se ha registrado que a un mayor nivel socioeconómico, la menarquia se presenta antes en comparación con los niveles más bajos. Así, la edad de la primera menarquia ha disminuido entre 3 y 4 meses por década (Marshall, 1978). Se ha observado que la edad de la menarquia ha disminuido progresivamente al menos un año, siendo 12 la edad promedio de madurez biológica, lo cual aumenta la probabilidad de que los adolescentes comiencen una vida sexual a edades más tempranas y se encuentren biológicamente preparados para procrear (Chiras, 2008; Rodríguez, 2008; Shuling & Likis, 2013; Uribe-Alvarado et al., 2017). El que la edad de la pubertad disminuya implica que los adolescentes no solo se encuentren preparados biológicamente para procrear, sino que estas condiciones formen parte de propensiones para tener relaciones sexuales a edades cada vez menores.

A nivel neuronal también se dan cambios drásticos durante esta etapa que pueden implicar propensiones importantes con respecto al comportamiento, ya que la interacción entre las hormonas gonadales y las experiencias adolescentes contribuyen a cambios conductuales (Sato et al., 2008). De la misma forma, el desarrollo neuronal de los adolescentes cumple un factor de propensión biológica para llevar a cabo conductas de riesgo, como el abuso de sustancias que se relaciona con relaciones sexuales sin protección, el tomar decisiones precipitadas y el desarrollo humano desencadenado por el incremento de las hormonas (Dahl, 2010). Por ejemplo, en Estados Unidos la población adolescente es la que en 2004 tenía las mayores tasas de uso de drogas (SAMHSA/OAS, 2005; citado en Sato et al., 2008), el 30% de hombres y el 21% de mujeres mencionó haber consumido drogas o alcohol en su última relación sexual e incluso el 51% dijo

estar preocupado por comportarse distinto en el plano sexual al haber consumido drogas (*Kaiser Family Foundation, 2003*).

También se han estudiado las relaciones que tienen el desarrollo neuronal y su papel con las emociones en esta etapa. En un estudio realizado por Burnett y Blakemore (2009) se probó la hipótesis de que la conectividad funcional dentro del sistema de *mentalización* sería más alta durante las emociones sociales que las básicas e investigar cómo la conectividad funcional dentro del sistema de *mentalización* cambia con la edad. La *mentalización* es definida como “la habilidad para entender las intenciones, emociones, deseos y creencias de otra persona” (Klapwijk et al., 2013, p. 2). Para el cumplimiento de dicho objetivo participaron 18 mujeres adolescentes (11.40-18.7 años, promedio de 15.03 años) y 10 adultos (22.92-31.83 años, promedio de 26.41 años). Se diseñaron escenarios a través de oraciones que evocaran una de las cuatro emociones: emociones sociales (vergüenza y culpabilidad) y emociones básicas (disgusto y miedo). En la mitad de los ensayos el protagonista era el participante y en la otra mitad era su madre, por ejemplo, un escenario era “tú estabas en el cine con tu amigo y te dio hipo fuerte”. La diferencia entre las condiciones de emoción social y básica era la necesidad de tener en cuenta el “estado mental” de otra persona en la condición de emoción social, no la mera presencia de otra persona en el escenario. El participante debía imaginar su respuesta y calificarla entre 1 (no sentiría la emoción de ninguna manera) a 4 (sentiría demasiado la emoción). Los resultados se analizaron a través de una prueba de interacción psicofisiológica (PPI, por sus siglas en inglés) que parte de una prueba estadística basada en el principio de que, si la actividad de una región predice la actividad de otra región, entonces la fuerza de la predicción refleja la influencia de un área sobre la otra. Para ello, se analizó la actividad de las áreas corteza prefrontal media rostral anterior (arMPFC), surco temporal superior posterior y unión temporo-parietal (pSTS/TPJ) y corteza temporal anterior (ATC), que es activada cuando los participantes reflejan un *estado mental* como intenciones, creencias y deseos. Los resultados indicaron que las áreas mostraron una conectividad funcional más grande en las emociones sociales que en las básicas. Además, los adolescentes mostraban una mayor

conectividad funcional en emociones sociales que en las básicas en comparación con los adultos. Los autores señalan que es posible que el hecho de que el sistema en los adolescentes no sea maduro, es menos eficiente para llevar a cabo la tarea.

En otro estudio realizado por Klapwijk et al. (2013) se examinaron los efectos de la pubertad en la conectividad funcional dentro de una red de *mentalización* identificada como dedicada al procesamiento de emociones sociales realizado en un estudio previo (Burnett & Blakemore, 2009). Para ello se analizaron los datos de 35 mujeres adolescentes de entre 11.1 y 13.7 años ($M = 12.5$; $DE = 0.7$). Las tres variables consideradas para el desarrollo puberal fueron pruebas de testosterona, estradiol y dehidroepiandrosterona, una evaluación visual de etapas de Tanner y un autorreporte del estado de menarquia sobre la conectividad funcional. Se consideraron las emociones (básicas y sociales) como variables independientes y la conectividad funcional como la variable dependiente. Se utilizó la misma prueba que la utilizada por Burnett y Blakemore (2009) ya descrita. Los resultados mostraron que las mujeres que se encontraban en la pubertad temprana tenían calificaciones más altas que las pertenecientes a la pubertad tardía, se observó una mayor conectividad entre el corteza prefrontal dorsomedial y el derecho de unión temporoparietal para las emociones sociales vs básicas al incrementar niveles de estradiol, además, una interacción significativa entre el grupo pubertad (tardía vs temprana) y el análisis de conectividad funcional entre la corteza prefrontal dorsomedial y el izquierdo de la corteza temporal anterior en emoción social vs básica. Algo interesante fue que hubo una correlación negativa en ambas emociones con la etapa de senos de Tanner, que a su vez tenía una correlación positiva y significativa con los niveles hormonales. Los autores señalan que los niveles hormonales afectan las emociones, pues en la pubertad temprana se presentaban mayores puntajes en ambas emociones.

Es vital resaltar que los estudios previamente descritos parten de un modelo en el que se considera el concepto *mental*, pero la interpretación que aquí se comprende es lo biológico como una *propensión*. Lo relevante a considerar, es que estas condiciones biológicas han demostrado ser distintas en adolescentes

comparadas con los adultos u otros grupos de edad, señalan una propensión y no una causalidad en el comportamiento. Además, se tiene que resaltar que todos estos estudios señalan una relación y no así una causalidad en cuanto al papel de las áreas del cerebro y su impacto en la ejecución de la tarea (Burnett & Blakemore, 2009). El que en esta etapa los adolescentes comiencen con un desarrollo neuronal radical, que su sistema aún no se encuentre maduro (biológicamente hablando), y que estas condiciones afecten la ejecución de tareas de tipo emocional convierte el tema en crucial para comprender cómo estas características intervienen en el comportamiento y que no pueden ser entendidos de la misma forma que en otros grupos de edad. Esta condición biológica puede regular el que los adolescentes se encuentren susceptibles a emociones que propicien realizar comportamientos riesgosos y a actuar de una forma deliberada. Más preocupante aún es que se enfrenten a estos cambios sin herramientas que los ayuden a poder identificar y regular emociones que estén influyendo en este tipo de comportamientos, además de que se requieren de consecuencias más intensas para poder regular la conducta en comparación con otros grupos de edad, haciendo más probable que las vuelvan a emitir. Comprender que las consecuencias que para adultos serían eficaces y para los adolescentes no ubica a los adolescentes como individuos que se comportan diferente y, por ende, que requieren de otras estrategias para poder propiciar un cambio en su comportamiento y promover conductas preventivas (Spear, 2012).

1.2.2 Psicológicos

En dimensión psicológica se encuentran factores individuales que facilitan un embarazo durante la adolescencia. Uno de los factores es el debut sexual a edades tempranas y que interactúa con el que la edad de la menarca sea cada vez más temprana (Tinger et al., 2017; Urbina & Pacheco, 2006; Vargas, 2016), propiciando que los adolescentes aún no cuenten con las herramientas para poder tener relaciones sexuales saludables y que tengan más parejas sexuales.

La familia de la cual se provenga también puede tener cierta relación con el embarazo, pues varios trabajos señalan que puede haber una mayor probabilidad si se vive en una familia uniparental, el que la madre hubiera tenido un embarazo durante la adolescencia (Azevedo et al., 2012; Doblado et al., 2010; Imamura et al., 2007; Rodríguez, 2008) o el tipo de comunicación que tienen con sus padres, así como la ausencia de los mismos (Rodríguez, 2008). Esto tiene sentido toda vez que la familia constituye el primer grupo social al que se pertenece y que muchas de las costumbres que posea la familia tengan alta probabilidad de ser aprendidas por los adolescentes, sobre todo en el caso en el que las madres hayan sido madres durante la adolescencia, pues podría ser considerado como una pauta a seguir de los hijos e incluso podría impactar en la forma de cómo educarlos.

Otro factor relevante son los amigos, quienes adquieren mayor relevancia en esta etapa, por lo que influye para propiciar conductas riesgosas. Ejemplo de dicha influencia es el estudio de Widman et al. (2016) que tuvo como uno de sus objetivos examinar predictores de la susceptibilidad a la influencia de los pares en adolescentes. Para el cumplimiento de este objetivo participaron 868 estudiantes americanos de 12 a 15 años. Se utilizó un escenario en el que los participantes entraban a un salón de clases y se les informaba que tendrían la oportunidad de comunicarse con 3 compañeros más del mismo sexo vía internet, quienes estaban en otro salón (que en realidad dichas respuestas estaban programadas). Respondían una serie de preguntas de escenarios hipotéticos antes y durante el chat, pero tenían acceso a ver las respuestas de su compañero antes de dar las suyas. La susceptibilidad era medida como el cambio de respuesta. Los resultados mostraron que había un efecto en la susceptibilidad a cambiar las respuestas, pues dichos cambios fueron estadísticamente significativos. De hecho, estos cambios se observaron con un mayor efecto en los hombres en comparación con las mujeres, quienes se involucraban en conductas sexuales riesgosas cuando sabían que sus compañeros observarían sus respuestas. Cabe señalar que esto tuvo efecto incluso cuando la interacción era vía electrónica, es decir, que la persona no estaba físicamente presente. Si esto sucede en una situación virtual

con pares desconocidos, sería más sencillo comprender que la influencia podría ser aún mayor cuando los pares son amigos y se encuentran físicamente en una situación, alentando a algún adolescente a que incurra en una práctica riesgosa.

Otros factores que influyen el que los adolescentes incurran en no utilizar protección anticonceptiva son la falta de información sobre el embarazo o sobre métodos anticonceptivos en general (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2013; Urbina & Pacheco, 2006), aunque algunos autores señalan que no se han encontrado relaciones con métodos anticonceptivos ni con el conocimiento sobre acceso a servicios de salud sexual (Imamura et al., 2007). En hombres se ha encontrado que el número de parejas y el que hubieran tenido una infección de transmisión sexual, así como abuso sexual (Imamura et al., 2007; Rodríguez, 2008) y el desconocimiento de los derechos sexuales (Rodríguez, 2008) influyen el tener un embarazo en la etapa adolescentes. Las habilidades que posean también cumplen un papel importante, pues se ha encontrado que factores como la falta de habilidades para negociación de uso de preservativo se relaciona con no utilizarlo (Imamura et al., 2007; Robles, 2005; Robles et al., 2006; Robles et al., 2012).

Debido a la naturaleza del presente trabajo, estos factores serán ampliamente descritos en el capítulo 3, en el que se describirán los resultados de estudios con respecto a cómo las variables psicológicas propician el embarazo en adolescentes al no utilizar métodos anticonceptivos. No obstante, se puede comprender que la interacción de un adolescente con el medio que le rodea cumple un papel vital sobre cómo va a iniciar su vida sexual, como lo son los pares y su familia.

1.2.3 Sociales

Se han documentado factores de tipo social que aumentan la probabilidad de que una adolescente se embarace como lo es la pobreza o un nivel socioeconómico bajo (Azevedo et al., 2012; Imamura et al., 2007, Rodríguez, 2008; J. Rodríguez, 2013; UNFPA, 2013; Villalobos-Hernández et al., 2015), que no solo facilita el

embarazo en adolescentes, sino también aumenta hasta 3 veces el riesgo de casarse a edad temprana, que a su vez aumenta el riesgo de mortalidad (UNICEF, 2009). El acceso a la educación también se encuentra relacionado con el embarazo en adolescentes, pues quienes viven en condiciones de pobreza tienen menores posibilidades de estudiar y la población adolescente recurre a trabajar, abandonando la escuela (Atienzo et al., 2014; Azevedo et al., 2012; Villalobos-Hernández, et al., 2015). El acceso a la educación, además de propiciar la movilidad social, permite una visión más amplia sobre las posibilidades de superarse en el ámbito profesional, mayores y mejores conocimientos e incluso de un proyecto de vida distinto (UNICEF, 2011).

Los costumbres y valores de una sociedad cumplen un papel importante, pues el hecho de que en una cultura se vea a la procreación como un paso necesario para convertirse en “mujer” o en “hombre”, puede fomentar que las adolescentes quieran o incluso se sientan presionadas a procrear una vez que están en condiciones biológicas o llegan a cumplir cierta edad. Estos valores también se pueden reflejar al obligar a una mujer adolescente a casarse o unirse con un hombre de igual o mayor edad para comenzar a formar una familia o expectativas positivas respecto al embarazo en edades tempranas (Bonell et al., 2005, citado en Imamura et al., 2007). Por ejemplo, en la República Islámica de Irán la mayoría de edad para las niñas es de 9 años, mientras que para los niños es de 15 (UNICEF, 2011). Esto también se relaciona con las formas de abordar el tema de la sexualidad, pues aún muchas culturas lo consideran un tema “tabú”, lo que genera una falta de información a las nuevas generaciones o, peor aún, una mala información. Además, genera prejuicios que pueden alejar a la población de los servicios de salud para obtener información e incluso métodos anticonceptivos.

El conflicto armado, violencia, los grupos en riesgo como la prostitución o la explotación sexual infantil (UNICEF, 2011; Rodríguez, 2008) también son considerados como factores de riesgo, pues implican que no haya un ambiente favorable para los adolescentes, propiciando además que se violen sus derechos.

Un elemento que ha evidenciado su influencia son los medios de comunicación, pues se ha demostrado que pueden regular el comportamiento en

determinada población (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2015; Rodríguez, 2008) y que su contenido puede favorecer o perjudicar la información sobre temas de sexualidad, pues no todos los adolescentes recurren a centros de consejería y en ocasiones no se tienen las habilidades requeridas para brindar de manera adecuada la información necesaria. Un ejemplo de lo anterior es que en Estados Unidos de América se televisó por el canal MTV la serie documental *Sixteen and Pregnant* que redujo hasta un 5.7% la incidencia de embarazos en ese país, pues después de ver el programa las adolescentes buscaron recursos y servicios de salud sexual reproductiva para evitar las situaciones que la serie documental reflejaba (Kearney & Levine, 2014).

Para ejemplificar la relevancia de estos factores sociales, en el estudio de Imamura et al. (2007) se realizó una revisión a un nivel micro de todos los estados miembros contemporáneos de la Unión Europea en el periodo 1995-2005 para identificar posibles factores de riesgo o prevención del embarazo en adolescentes. Se realizó una revisión a medios electrónicos como Medline, EMBASE, etc. para analizar los factores asociados con embarazo en adolescentes (13-19 años) que contaran con algún análisis estadístico comparando grupos y que su medida fuera el embarazo (concepción). Del total de 20 estudios incluidos, 12 fueron de Inglaterra, 7 de países nórdicos y uno de Hungría.

Los resultados fueron clasificados por factores: a) demográficos, observándose que un estado socioeconómico bajo fungía como factor de riesgo; b) estructura familiar y estabilidad, de éste se encontró que el que el adolescente no viviera con sus dos padres o que la madre hubiera tenido un embarazo durante la adolescencia se relacionaba con una mayor probabilidad de embarazo, aunque un estudio no encontró dichas asociaciones; c) factores educativos, encontrándose que aquellas adolescentes que abandonaban la escuela a edades tempranas y que no les gustaba la escuela tenían mayores probabilidades a embarazarse, factor no significativo únicamente cuando se ajustaba el estado de empleo de los padres; d) conductas riesgosas de salud, sólo un estudio encontró una relación entre mujeres fumadoras y embarazo, pero se encontró una relación entre hombres sexualmente activos que fumaban, bebían y eran violentos con el

embarazar a su pareja; e) factores de conocimiento de salud sexual, actitud y comportamiento, no se encontraron relaciones significativas entre conocer sobre métodos anticonceptivos o conocimiento sobre acceso a servicios de salud sexual, sobre la relación entre la actividad sexual temprana y el embarazo en adolescentes, pero sí una relación entre el inicio de la actividad sexual temprana y las tasas de embarazo en adolescentes mujeres, mientras que en el caso de los hombres esta asociación fue con tener más de dos parejas sexuales, haber tenido una infección de transmisión sexual (ITS), haber sido víctima de una ofensa sexual y el no uso de anticonceptivos, aunque solo en un estudio se sugirió un posible efecto entre el fracaso del anticonceptivo y el embarazo; f) factor de acceso al servicio y aceptabilidad, encontrándose que mejorar accesos por sí solo no reduce la tasa de embarazo, pero se identificó que aquellos que se habían embarazado habían acudido más a consulta acerca de anticonceptivos un año anterior que aquellos que no se habían embarazado. Los autores señalan que probablemente en Reino Unido sea más importante el tema del embarazo adolescente que en el resto de Europa y por eso se tenga más información al respecto. Es importante notar que en este estudio la variable del nivel socioeconómico era el que mayor peso tenía en cuanto a factores de riesgo y también uno de los más complicados de cambiar si un adolescente de un nivel socioeconómico más bajo tiene menos probabilidades de educación y, por ende, de subir de nivel.

Cada uno de los factores contribuye a aumentar la probabilidad de que se presente un embarazo durante la adolescencia, pero estos factores también son aditivos, es decir, si una adolescente es de una zona rural, los valores de su comunidad son orientados a una procreación temprana, sus pares fomentan el uso de prácticas riesgosas y además no se cuenta con información y habilidades necesarias implican un mayor riesgo que aquella adolescente que, por ejemplo, provenga de una familia de clase media, con valores orientados hacia una procreación más tardía y que tenga más habilidades. No se debe dejar de lado el señalar que los factores arriba señalados interactúan entre sí, generando relaciones cada vez más complejas y que no todas se encuentran en la dimensión

psicológica, pero sí es necesario considerarlas para poder tener un panorama sobre qué y cómo se debe intervenir.

Las consecuencias que conlleva el que una adolescente se embarace son dignas de señalar, pues no se consideraría un problema de salud si no tuviera efectos en ésta. El embarazo por sí mismo es algo natural biológicamente hablando, pero considerando que los adolescentes están en un desarrollo biológico constante y que aún se encuentran en una etapa en la que probablemente no cuentan con las capacidades para poder criar a sus hijos hace de éste un problema mayor, pues se pone en riesgo la integridad de la mujer y los proyectos de vida de ambos progenitores.

1.3 Consecuencias del embarazo en adolescentes

Así como los factores que influyen para que una adolescente se embarace o un hombre embarace a su pareja son de distintas dimensiones, la forma en cómo dicho evento afecta también es en distintas áreas.

Ha existido una discusión sobre si el embarazo en adolescentes es en sí un problema, pues se cuestionan sus consecuencias y la relevancia de las mismas. Dichos cuestionamientos los han formulado autores como Stern (1997), Stern y García (2001; citado en Reyes & González, 2014) y González (2000). Reyes y González (2014) sostienen que hay dos formas de analizar las consecuencias que el embarazo en adolescentes acarrea: una que emplea elementos teórico-metodológicos *tradicionales* en donde el embarazo es caracterizado en sí mismo como un *problema* y otra en donde se combinan paradigmas cuantitativos y cualitativos y que no da explicaciones causales. Ellos plantean que el embarazo en adolescentes no implica un problema, pues las consecuencias que éste representa no suelen ser analizados detenidamente. De los problemas que se consideran relevantes se encuentran las complicaciones que sufren tanto la madre como el neonato, la deserción escolar y las cifras que este problema ha generado.

Uno de los motivos por los que el embarazo en adolescentes es considerado un problema son las consecuencias que éste trae consigo tanto para la madre como para el neonato (J. Rodríguez, 2013). Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son la principal causa de mortalidad entre las adolescentes de 15 a 19 años en todo el mundo, pues también constituyen el 11% de los embarazos a nivel mundial, siendo los países de ingresos bajos y medianos quienes conforman la mayor parte de este porcentaje (OMS, 2020). Urbina y Pacheco (2006) mencionan que la mortalidad materna es de 2 a 5 veces más alta en las mujeres menores de 18 años que en aquellas de 20 a 29 años, mientras que Conde-Agudelo et al. (2005) mencionan que las probabilidades aumentan entre tres y cuatro veces, ya que tener un embarazo a esta edad ponen en riesgo a la adolescente, quien aún no está preparada biológicamente (UNICEF, 2011). CONAPO (2008) menciona también que entre las mujeres de 15 a 19 años y entre las de 20 a 24 las defunciones asociadas con el embarazo, el parto y el puerperio representaron la cuarta y tercera causa de muerte, respectivamente.

Tan solo en México, en 2009, las adolescentes (10-19 años de edad) acudieron a atención hospitalaria en Secretaría de Salud (SSA), principalmente por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (82.7%), y de éstas las causas fueron: parto espontáneo (71.2%), parto por cesárea (10.2%), aborto (8.4%), atención materna por desproporción cefalopélvica conocida o presunta (5.6%) y ruptura prematura de membranas (4.6%). El embarazo en edades tempranas duplica las posibilidades de morir con respecto a las mujeres de 20 años y más; para las menores de 15 años el riesgo es cinco veces mayor. En 2008, las defunciones de adolescentes asociadas con el embarazo, parto y puerperio se ubicaron entre las principales causas de muerte, y representaron el 13% de todas las muertes maternas registradas en el país. Para el 2011 la razón de mortalidad materna de las menores de 20 años era de 53.4, y para el total de mujeres de 50.1 muertes/100,000 nacidos vivos (SAEH/DGIS, 2011, citado en Campero et al., 2013). Estas consecuencias también se ven diferenciadas en términos sociodemográficos, pues en adolescentes indígenas (de 15-24 años), la mortalidad materna es la primera causa de defunción, duplicando la de las

mujeres no indígenas (CONAPO, 2008) lo que reitera el papel del factor social como uno de los más relevantes y que interactúan con el factor biológico.

La evidencia sobre las consecuencias a nivel biológico está en el estudio realizado por Valdés et al. (2002) en el cual el objetivo era conocer la incidencia del embarazo y parto en la adolescencia en un hospital, así como sus complicaciones en el periodo de 1 de enero a 31 de diciembre de 2000. Se analizaron dos grupos de casos y de controles. El grupo de los controles (GC) estuvo conformado por 132 mujeres mayores de 20 años y el grupo de los casos (GCA) por 132 mujeres adolescentes. Se analizaron los datos de las historias clínicas obstétricas y el registro de partos. En los resultados se observó que el 22% de los partos fueron de adolescentes, sobre la ocupación de las participantes del grupo experimental. Sobre las enfermedades asociadas con el embarazo, el GCA presentó un 78% y el GC un 25% siendo las más altas anemia, signos de alarma y amenaza de parto pretérmino. Sobre las complicaciones perinatales el GCA presentó un 21,2% y el GC 6,1%. Las más frecuentes fueron bajo peso al nacer y depresión al nacer. En general, el GCA presentó el doble en comparación con GC a excepción de distrés de adaptación. Y finalmente, del total de complicaciones maternas, el GE presentó un 42,4% y el GC 13,6%, siendo las más frecuentes anemias, desgarros del canal blando y endometritis.

Urbina y Pacheco (2006) quisieron describir las características clínicas y las complicaciones materno perinatales que ocurren en el embarazo de adolescentes en un centro hospitalario de la seguridad social de Lima, Perú. Para cumplir dicho objetivo, se analizaron 455 nacimientos de 443 adolescentes comprendidos entre el mes de enero del año 2000 y el mes de diciembre del año 2004. Respecto del total de nacimientos registrados en el hospital, el 1.23% correspondió a madres adolescentes, la edad promedio fue 18,3 años, teniendo el mayor porcentaje el grupo correspondiente a mayores de 17 años (94.8%). De los 84 casos (19.3% del total de adolescentes) que presentaron complicaciones, las patologías más frecuentes fueron preeclampsia, rotura prematura de membranas y amenaza de parto pretérmino. El 41.5% de los partos fue por cesárea, siendo las

causas más comunes sufrimiento fetal agudo, distocia de presentación, preeclampsia y cesárea anterior. Fueron las menores de 17 años quienes presentaron un mayor porcentaje de nacimientos pretérmino, así como una mayor proporción de peso menor a 2500 g. Finalmente, se registró un 20.2% de mortalidad perinatal en este grupo en comparación con el 16.9% de mortalidad hospitalaria.

El embarazo en adolescentes está asociado a niveles de mortalidad materna más elevados que en mujeres de mayor edad, y a una alta prevalencia de aborto en condiciones inseguras. La UNFPA (2013) señala que existen 70, 000 muertes cada año debido a complicaciones del embarazo y parto en esta población, siendo una de las principales causas de muerte relacionadas con el embarazo. Entre 2012 y 2013, en México, el número de muertes maternas disminuyó de 960 a 861, lo que se tradujo en una reducción de la razón de muerte materna de 42.3 a 38.2 por cada 100 mil nacimientos. Este indicador entre las mujeres de 10 a 14 años es variable de un año a otro y el riesgo de complicaciones maternas y perinatales es sensiblemente mayor que en otros grupos de edad. Entre las adolescentes de 15 a 19 años, la razón de muerte materna se incrementó de 32.0 a 37.3 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, cifra superior a la registrada entre las mujeres de 20 a 24 años (CONAPO, 2015). Esto se corresponde con lo señalado por Rodríguez (2008), quien menciona que el embarazo en adolescentes está asociado con un riesgo adicional de 20-200% de mortalidad materna, mientras que las niñas menores de 15 años en países de ingresos bajos y medios tienen dos veces el riesgo de muerte en comparación con mujeres mayores (UNFPA, 2013).

Sobre la epidemiología, Bendezú et al. (2016) realizaron una investigación enfocada a aclarar el concepto de embarazo adolescente y su epidemiología actual, así como identificar los factores de riesgo y consecuencias del problema en un hospital de Perú. Se evaluaron las condiciones y complicaciones en un total de 354 mujeres que habían tenido un parto durante un año. El grupo de casos estuvo integrado por 177 casos de adolescentes embarazadas entre 14 y 19 años y el grupo de controles, integrado por 177 casos de mujeres embarazadas de entre 20

y 34 años. Sus resultados mostraron que en ese año los 177 partos de adolescentes constituyeron el 6.63% de los partos en total. De este grupo, se observó un mayor porcentaje de mujeres solteras (56%) que en el grupo control (28%), respecto a la ocupación el 54% era ama de casa y 36% eran estudiantes en las mujeres adolescentes, mientras que en el grupo control casi 60% eran obreras, 29% eran amas de casa y 13% estudiantes. En cuanto a sus características, cabe señalar que en ambos grupos hubo un porcentaje mayor al 30% con sobrepeso.

Al analizar las complicaciones durante el embarazo se encontró que no hubo mayor diferencia en las complicaciones en el embarazo entre los casos y controles, sin embargo, hubo mayor en anemia, infección y restricción del crecimiento fetal en el grupo de casos y mayor en grupo controles en hipertensión y rotura de membranas. El 34.4% de las adolescentes tuvieron complicaciones puerperales frente a 19% en el grupo control, siendo la hemorragia posparto y los desgarros genitales los de mayor frecuencia en ambos grupos. La frecuencia de complicaciones del puerperio en los casos observados fue mayor que en los controles significativamente.

En cuanto a la mortalidad infantil, en Colombia, por ejemplo, se ha observado que es una de las más altas (25 por cada mil nacidos vivos), sólo la supera la mortalidad infantil en hijos de madres mayores de 40 años. Cerca del 40% de las adolescentes embarazadas presenta bajo peso durante la gestación, lo que conlleva a que sus hijos también puedan tener bajo peso al nacer (Rodríguez, 2008), pero no solo eso, sino que también presentan menores niveles de apoyo emocional y estimulación “cognitiva”, menores habilidades y capacidad de aprendizaje cuando entran a pre-escolar, más problemas conductuales y sufrir más condiciones médicas crónicas, propensión a ser internados en centros penitenciarios en la adolescencia, alcanzar menos logros académicos y desertar de la educación secundaria y media superior, repetir el patrón de fecundidad temprana y tener hijos o hijas durante la adolescencia y, estar desempleado(a) o subempleado(a) en la etapa adulta. Estos efectos permanecen aun cuando se ajusta por los factores que incrementan la probabilidad del embarazo en la

adolescencia, como la pobreza, tener madres y padres con niveles educativos bajos, crecer en familias con padre o madre ausentes y tener poca permanencia y bajo desempeño escolar (Hoffman & Maynard, 2008, citado en CONAPO, 2015).

Valdés et al. (2002) también mencionan los riesgos del parto pretérmino y de muertes neonatales en los hijos de madres adolescentes, que ha sido descrito por varios autores, que identifican además la toxemia, partos prolongados y aumento de la incidencia de cesáreas en este grupo de riesgo; publicaciones especializadas coinciden en resaltar el incremento de la frecuencia de anemia, toxemia y complicaciones puerperales en estas pacientes.

Otro problema que genera el embarazo adolescente tiene que ver en cómo impacta esto con la deserción escolar, pues de acuerdo con cifras del 2010, 17.7% de las mujeres menores de 18 años y 30.7% de las menores de 15 años que se embarazaron, dejaron de ir a la escuela después del embarazo. De la misma manera, dejar de ir a la escuela aumenta el riesgo de un embarazo: más del 90% de las mujeres de 12 a 19 años de edad que han tenido un hijo o hija no asisten a la escuela, comparado con 24% en el grupo de edad que no los ha tenido y 57% de las mujeres mexicanas nacidas entre 1964 y 1984 que no terminaron la primaria tuvieron su primer embarazo antes de cumplir 20 años, comparado con 12% de aquellas de las que alcanzaron al menos el bachillerato (INEGI, 2010, citado en CONAPO, 2015). Ya se había sugerido que el no acudir la escuela propicia tener un embarazo (Stern, 1997) pero también que puede ser un factor para abandonarla. Incluso se ha señalado que de entre las mujeres que sí se encuentran estudiando al momento de embarazarse por primera vez, 60% deserta (Stern & Menkes, 2008, citado en Atienzo et al., 2014).

En México, por ejemplo, Villalobos-Hernández et al. (2015) realizaron un estudio para caracterizar a las adolescentes que han tenido algún embarazo y analizar la asociación de este fenómeno con el rezago educativo, a partir de información de una encuesta representativa en México. En este trabajo se exploró la relación que hay entre el embarazo adolescente y el rezago educativo. Para lo anterior se analizaron los datos de 1790 mujeres de 12 a 19 años con información de salud reproductiva de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)

(Gutiérrez et al., 2013). Se consideraron las variables de embarazo, grupo de edad, estado conyugal, cohabitación con pareja, último grado escolar aprobado, asistencia actual a la escuela (deserción escolar), rezago educativo (se consideró la edad y el último grado escolar aprobado de las adolescentes, creando una variable dicotómica de “sí” y “no” que considera con rezago a aquellas adolescentes que tienen dos o más años de edad por encima de la edad establecida normativamente), actividad, localidad de residencia, nivel socioeconómico (bajo, medio y alto), derechohabiente o afiliación a institución de salud y uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual. Se realizaron 3 modelos de análisis, en el cual su variable dependiente el embarazo previo, el segundo embarazo al momento de la encuesta y el tercero al rezago educativo. Los resultados mostraron que del total de mujeres de 12 a 19 años (8.9 millones), 20.5% tenía vida sexual activa (1.8 millones); de este porcentaje, 52% habían estado embarazadas alguna vez en su vida, de las cuales 7.8% estaba cursando su primer embarazo al momento de la encuesta. Se encontró que aquellas mujeres alguna vez embarazadas se dedicaban a labores del hogar (76.7%), un 58.9% había cursado hasta la secundaria, un 74.9% presentaba rezago educativo, 21.1% de las que experimentan su primer embarazo asiste a la escuela y solo 12.9% en adolescentes con antecedente de embarazo. De las adolescentes con embarazos previos o subsecuentes, 58.9% se encuentra en nivel socioeconómico bajo, 59.6% está afiliada al Seguro Popular y el no uso de anticonceptivos entre las adolescentes con embarazo previo es de 47.6 y 43.8%, en la primera y última relación sexual. Con respecto el rezago educativo, se encontró que las mujeres con esta característica tenían dos veces más posibilidad de tener antecedente de embarazo y tener más de un embarazo presenta dos veces más posibilidad de tener rezago educativo; cohabitar con la pareja y tener un nivel socioeconómico bajo son variables de riesgo para rezago educativo, en tanto que la asistencia a la escuela es un factor protector. Los autores concluyen que al tener un embarazo se tiene una mayor probabilidad de rezago educativo, pero que esta relación no es unidireccional, pues el embarazo previo está relacionado con el rezago educativo, cohabitar con la pareja y nivel

socioeconómico bajo. También, que el rezago educativo se presenta cuando se tiene más de un hijo más que solo con la presencia de embarazo.

Por su parte, Arceo-Gómez y Campos-Vazquez (2014) describen que un embarazo en la adolescencia genera una disminución de 0.6 a 0.8 años de escuela en México, una menor asistencia a la escuela, menos horas de trabajo y un índice mayor de matrimonio. Además, en el largo plazo, representa la pérdida de entre 1 y 1.2 años de educación y las mujeres que no tuvieron algún embarazo en la adolescencia viven con un ingreso per cápita menor que aquellas que no tuvieron un embarazo en esta época.

Lo anterior concuerda con lo descrito por la UNFPA (2013), quien señala a la escuela como un factor protector contra el embarazo, pues el que las mujeres abandonen la escuela puede excluirla de otras oportunidades (J. Rodríguez, 2013). Este factor es algo que los gobiernos deben de atender, pues se debe facilitar el que todos los adolescentes tengan las mismas posibilidades de estudiar, lo cual prevendría el que los adolescentes vivan un embarazo en esta etapa.

El embarazo adolescente es un problema de salud pública, ya que el número de embarazos en adolescentes ha aumentado a nivel mundial con excepción de algunos países (Rodríguez, 2008; Imamura et al., 2007). Embarazarse a edades tempranas puede propiciar a futuros embarazos que podrían ser no deseados, pues las madres adolescentes llegan a tener mayor descendencia que las que aplazan su primer embarazo a una edad mayor. En México, las mujeres que tuvieron un embarazo en la adolescencia terminan su periodo reproductivo hasta con tres hijos o hijas más que las mujeres que iniciaron su maternidad después de los 19 años (Menkes & Suárez, 2003).

La ENAPEA (Estrategia Nacional para la prevención del embarazo en adolescentes) (CONAPO, 2015) también señala que otra de las consecuencias del embarazo en adolescentes es contraer matrimonio a edades tempranas, que, en muchos casos, terminan en divorcio. Las madres pueden sufrir maltrato al ser rechazadas en su familia y tener que buscar una manera de sobrevivir y esto puede facilitar el círculo de pobreza (UNFPA, 2013).

El embarazo en adolescentes, en términos generales, propicia el círculo de vida *tradicional* (J. Rodríguez, 2013), que, si bien no se puede considerar como “malo”, disminuye el número de opciones de proyecto de vida de los adolescentes. El abandonar la escuela, por ejemplo, impide la movilidad social (Villalobos-Hernández et al., 2015) y genera que los adolescentes se vean forzados a vivir una vida que, lejos de ser elegida por sí mismos, probablemente sea el único camino al que tienen acceso a partir de embarazarse. Esto puede tener efectos diferenciales si se es hombre o si se es mujer, pues si es mujer, probablemente se dedique al hogar o sea madre soltera. Sin embargo, si es hombre, probablemente se vea obligado a trabajar y comenzar a cargar con responsabilidades que una familia conlleva. En ambos casos, las opciones se reducen y en el caso de las mujeres también puede tener consecuencias a la salud, como se ha señalado.

Debido al gran número de factores que propician el embarazo en los adolescentes, este problema se puede observar en distintos países a nivel mundial, como en el continente africano, en donde no solo hay condiciones económicas muchas veces desfavorables, sino que también varios de sus países se encuentran en situaciones de violencia armada. Este problema tiene registros a nivel mundial que permiten observar cómo el fenómeno se presenta en cada continente.

1.4 Estadísticas del embarazo en adolescentes a nivel mundial

A nivel mundial, la población adolescente en 2009 comprendía el 18% del total de la población. En 1980 esta población alcanzó su punto máximo con poco más del 20%, pero se prevé una disminución a partir del 2030 y hasta el 2050, siendo África la excepción (UNICEF, 2011).

El fenómeno del embarazo en adolescentes no es algo que se presente únicamente en territorio mexicano, pues a nivel mundial existe la preocupación sobre el incremento del número de embarazos en esta población. En las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 se indica que la tasa media de natalidad mundial entre las adolescentes de 15 a 19 años es de 49 por 1000 adolescentes.

Las tasas nacionales oscilan de 1 a 299 nacimientos por 1000 muchachas, siendo las más altas las del África Subsahariana (OMS, 2020). El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNFPA, 2013) reportó en 2010 que 18% de la población mundial se encontraba en esta edad 88% vivían en países en desarrollo y 19% de las adolescentes en países en desarrollo han tenido un embarazo antes de los 18 años. Según la OMS (2020), alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años dan a luz anualmente lo que representa cerca del 11% de todos los nacimientos, de los cuales 95% ocurren en países en desarrollo y nueve de cada diez de estos nacimientos ocurren dentro de un matrimonio o unión (UNFPA, 2013).

El embarazo en adolescentes en países desarrollados ha ido disminuyendo. El Banco Mundial (Azevedo et al., 2012) señala que en el periodo comprendido entre 1997-2010, Europa y Asia Central poseían las tasas más bajas, incluso por debajo del promedio mundial casi al mismo nivel que cuando se comparan con las tasas de ingresos altos de la OECD. Sin embargo, el porcentaje ha disminuido de manera gradual, pues los datos de 54 países entre 1990 y 2008 y entre 1997 y 2011 revelan que mujeres de 20 a 24 años informaron haber tenido un parto antes de los 18 entre un 23% a un 20%. Si bien el Banco Mundial menciona que ha ido disminuyendo en países desarrollados, esto es lo contrario en África Subsahariana, por ejemplo, en donde se ha visto un aumento (UNFPA, 2013). En América Latina y el Caribe este proceso ha sido lento, pues presenta las mayores tasas de embarazo en adolescentes (72 nacimientos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 19 años), después de África subsahariana y el sur de Asia (con 108 y 73 nacimientos, respectivamente). No solo eso, sino que la mayoría de los países de América Latina y el Caribe se encuentran dentro de los 50 países con mayores índices de fecundidad en población adolescente (Azevedo et al., 2012) y se predice que esta región tendrá el mayor número de embarazos en adolescentes en el periodo 2020-2100 (J. Rodríguez, 2013). Esta región es la única donde los nacimientos de madres menores de 15 años aumentaron y se estima que dichos partos aumenten hasta el año 2030, mientras que en África Subsahariana se espera que los partos de niñas menores de 15 años se dupliquen prácticamente en los próximos 17 años.

Actualmente América Latina y el Caribe revela un 2% de ocurrencia del primer parto antes de los 15 y un 18% antes de los 18. En países como Bangladesh, Chad, Guinea, Mali, Mozambique y Niger se observa un 10% de niñas que tienen un hijo antes de los 15 años, siendo Niger el país con la mayor tasa de natalidad en adolescentes a nivel mundial, al igual que la tasa de matrimonio infantil (UNFPA, 2013). El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011) agrega a esto que 22% de las niñas adolescentes en América Latina y el Caribe inician su vida sexual antes de los 15 años, el porcentaje más elevado entre las diferentes regiones, comparado con 11% de las mujeres y 6% de los hombres, a nivel mundial.

Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009, México se encuentra en una posición intermedia en relación con Nicaragua y la República Dominicana, quienes ocupan los primeros lugares, mientras que Perú, Haití y Trinidad y Tobago los últimos, con 69.5 nacimientos por cada mil mujeres de 15 a 19 años. En Bolivia, por ejemplo, entre 2003 y 2008, el porcentaje de adolescentes alguna vez embarazadas pasó de 14.7% a 18%. Más del 25% de ellas apenas concluyeron la educación primaria. Solamente una de cada cuatro adolescentes sexualmente activas señaló usar un método anticonceptivo, a pesar de que 92% conocen al menos uno. Nueve por ciento de adolescentes menores de 13 años habían estado embarazadas o ya eran madres (UNFPA, 2013). En Ecuador, dos de cada tres adolescentes entre 15 y 19 años sin educación, son madres o están embarazadas por primera vez. La tendencia del incremento del embarazo en menores de 15 años en la última década es del 74%, y en mayores de 15 años de 9 por ciento. La fecundidad adolescente en Ecuador es la más alta de la subregión andina con una tasa de 100 por cada 1,000 mujeres (CONAPO, 2015). Por otro lado, Costa Rica ha sido uno de los países en Latinoamérica que ha mostrado una disminución constante en la tasa de fertilidad (J. Rodríguez, 2013).

Los datos descritos son un reflejo del impacto que tienen los factores sociales en esta problemática. No se pueden menospreciar los factores biológicos y psicológicos, pero se debe considerar que un país implica más que una

delimitación geográfica: implica creencias, calidad de educación, programas preventivos, leyes para proteger los derechos de los niños, etc.

Como se mencionó, América Latina y el Caribe ocupan el segundo lugar en tasa de embarazos en adolescentes, por lo que México es uno de los países que sigue registrando tasas altas de nacimientos. Siendo México un país en desarrollo, comparte con otros países de Latinoamérica factores que propician estos registros. Debido a esto, se requiere conocer cuál es el panorama actual en el país, pues de estas evaluaciones se deben desprender estrategias gubernamentales que intervengan en el problema.

1.5 Embarazo en adolescentes a nivel nacional

Actualmente, la ENSANUT (ENSANUT, 2018) estima que en México hay 22.8 millones de personas de entre 10 y 19 años. El peso relativo de esta población prácticamente se ha duplicado desde 1970, cuando representaba un 11.4% de la población total nacional (CONAPO, 2015).

En México, en 2008, la población entre 15 y 19 años representaba cerca de 10 por ciento de la población total del país. Ese mismo año ocurrieron más de 300 mil nacimientos de mujeres en este grupo de edad (más de 15 por ciento del total de los nacimientos registrados), es decir, una tasa de fecundidad de 57.9 hijos por cada mil mujeres (CONAPO & UNFPA, 2009). El INEGI, a través de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2014), reporta que el 9.55% de las adolescentes entre 15 y 17 años han estado alguna vez embarazadas. Además, la ENADID (2009) reportó que la tasa de fecundidad de mujeres entre 15 y 19 años fue de 69.2 por cada mil mujeres, en comparación con lo reportado años más tarde (INEGI, 2015), el cual fue de 77 por cada mil mujeres y reportándose una disminución nuevamente al reportar 70.6 embarazos por cada mil mujeres en este mismo grupo de edad en el 2018 (ENADID, 2018). Según las encuestas oficiales entre 1974 y 2009 las mujeres de 15 a 19 años redujeron su tasa de fecundidad en 47% (de 131 a 69.5 hijos por cada 1,000 mujeres). En cambio, las de 35 a 39 años la redujeron en 77% y las de 40 a 49 años en 88 por ciento. El

estado de Quintana Roo es el que tenía una mayor tasa (96.4) y el estado de Zacatecas el menor (52.3). Por su parte la Ciudad de México tenía una tasa de fecundidad de 64.2 (ENADID, 2009). Actualmente (ENADID, 2018), los estados con mayor tasa global de fecundidad (total de hijos que en promedio una mujer tendrá al final de su vida reproductiva) son Chiapas (2.80 hijos en promedio), Zacatecas (2.71), Coahuila de Zaragoza (2.53) y Guerrero (2.46).

Se ha situado como un problema a nivel nacional, ya que este grupo es el que ha presentado una menor disminución en su tasa de fecundidad en comparación con otros grupos de edad. Lo anterior se puede ver favorecido, además de otros factores, por el hecho de que la edad del debut sexual ha disminuido a lo largo del tiempo. La ENSANUT (Gutiérrez et al., 2013) reportó que el porcentaje de adolescentes de 12 a 19 años que había iniciado su vida sexual alcanzó el 23%, lo que implica un aumento con lo reportado en 2006, en el cual se observó un porcentaje de 15% y según los datos de la ENADID (2009). Por su parte, la Encuesta Nacional de la Juventud (ENJ, 2010) reportó un incremento también en el porcentaje de adolescentes de entre 15 y 19 años que ya habían tenido relaciones sexuales, pues en el 2000 se reportaba un 22.3%, en el 2005 un 27.2% y en el 2010 un 33.6%. La edad promedio del inicio de la vida sexual en el país es de 16 años (Rivera-Rivera et al., 2016).

No solo resulta llamativo el que los adolescentes tengan su primera relación sexual a edades cada vez más tempranas, sino que esto no necesariamente se ve reflejado en el uso de métodos anticonceptivos. A saber, del 90% de las mujeres de 12 a 19 años que habían escuchado hablar sobre algún método anticonceptivo, solo el 66.6% de mujeres entre 12 y 19 años reportó haber utilizado alguno en su primera relación (Gutiérrez et al., 2013). Lo anterior refleja un avance en el uso de métodos, sin embargo, el hecho de que menos del 70% utilicen métodos anticonceptivos en su primera relación tampoco asegura que lo utilicen correctamente ni mucho menos consistentemente, por lo que dicho porcentaje nos da un panorama muy general sobre cómo inicia la vida sexual de los jóvenes, mas no de cómo esto va evolucionando.

También deben considerarse aspectos sociales que pueden promover una vida sexual entre los adolescentes, pues, así como se observa a nivel internacional, el grado de escolaridad también es un factor que propicia el embarazo en adolescentes, ya que aquellas adolescentes que no contaban con escolaridad tuvieron una tasa de fecundidad más alta que aquellas con alguna profesión (CONAPO, 2015).

Además, la ENJ (2010) reportó que el 6.9% de los adolescentes de 15 a 19 años vivía con su pareja y el 6.6% de las adolescentes de 15 a 17 años ya habían tenido un embarazo al momento del estudio. Esto podría ser una muestra de que aún se considera como socialmente aceptable que adolescentes comiencen la conformación de una familia a edades tempranas, como lo es en algunos estados del país, en su mayoría, en comunidades rurales en donde incluso la procreación a edad temprana es sinónimo de madurez. Por ejemplo, en México las mujeres indígenas reportan una tasa de fecundidad mayor en comparación con las mujeres no indígenas. Las entidades con un mayor porcentaje de comunidad indígena son Chiapas y Guerrero. Asimismo, entre los hablantes de lengua indígena existe una menor permanencia en la escuela, ya que cerca del 35% de la población adolescente indígena de 10 a 19 años y casi la mitad que se encuentra entre los 15 y 17 años de edad no asisten a la escuela, lo cual involucra un factor más que hace más probable que dichas adolescentes se embaracen.

Como se puede observar, los índices señalan que el problema del embarazo adolescente continúa vigente en el mundo, afectando principalmente a América Latina y el Caribe y con esto a nuestro país. Afortunadamente, el gobierno mexicano ha tomado conciencia sobre la relevancia de este fenómeno y ha generado la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (CONAPO, 2015), la cual tiene como objetivo general “reducir el número de embarazos en adolescentes en México con absoluto respeto a los derechos humanos, particularmente los derechos sexuales y reproductivos.” (p. 81). Dentro de las metas de dicha estrategia se encuentran el erradicar los nacimientos en niñas de entre 10 y 14 años, así como reducir al 50% la tasa

específica de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años para el año 2030, lo cual significaría una tasa de 32.9 nacimientos en este grupo de edad.

Esta Estrategia ofrece una serie de recomendaciones, dentro de las que se encuentran: una coordinación interinstitucional, basar las intervenciones en evidencia así como la evaluación de su impacto, asegurar la aplicación de las normas oficiales mexicanas del sistema nacional de salud considerando los derechos sexuales, fortalecer la educación integral en sexualidad (considerando a padres, madres y docentes), reforzar la prestación de servicios de anticoncepción considerando los anticonceptivos reversibles de acción prolongada (ARAP), la doble protección (uso del condón para prevenir infecciones de transmisión sexual), fortalecer la igualdad de género, fomentar la participación de los adolescentes y hacer referencia a los servicios de interrupción del embarazo (legales hasta ahora solo en la Ciudad de México).

Dicho lo anterior, dentro de los objetivos específicos que esta Estrategia plantea encontramos: ampliar oportunidades laborales y educativas para los adolescentes, proporcionar un entorno habilitante que favorezca una sexualidad libre y prevención del embarazo, asegurar el acceso efectivo a toda la gama de métodos anticonceptivos, incrementar la demanda y calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva y educación integral en sexualidad en todos los niveles educativos de gestión pública y privada.

Como se ha analizado, México tiene una importante labor a realizar, pues considerando que es un país en desarrollo es probable que muchos de los factores sociales como lo es la pobreza o la falta de educación propicien que los adolescentes se embaracen y que a su vez esto genere que abandonen la escuela o que se vean obligados a conseguir trabajos cuyas condiciones no sean las óptimas. El gobierno tiene la obligación de modificar los estatutos legales y generar las condiciones necesarias para que esto no suceda, pero también es cierto que la psicología debe contribuir al análisis de las intervenciones que hayan mostrado su efectividad (como bien se señala en la ENAPEA) para que sea parte de la educación integral que se requiere o dote a los adolescentes de las habilidades necesarias que conllevan el tener relaciones sexuales protegidas. Sin

embargo, las estrategias que se deban realizar para prevenir este problema no pueden entenderse sin conocer también los derechos que poseen los adolescentes con respecto a su sexualidad y su decisión con respecto a la procreación, pues México cuenta con bases legales y de derechos humanos que deben reconocerse y, como lo señala la ENAPEA, deben dirigir el curso de las acciones a realizar para no violentar estos derechos.

1.6 Derechos sexuales

Los derechos del niño (persona menor de 18 años) a sobrevivir, crecer y desarrollarse se recogen en diversos instrumentos jurídicos internacionales. En 2013, el Comité de los Derechos del Niño, encargado de vigilar el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño, publicó directrices sobre el derecho de los niños y los adolescentes al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. Asimismo, en 2016 se publicó una Observación general sobre la realización de los derechos de los niños durante la adolescencia. En las publicaciones se puso en relieve las obligaciones de los Estados de reconocer las necesidades de salud y de desarrollo específicos de los adolescentes y las personas jóvenes, así como sus derechos. La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer establece también los derechos de las mujeres y las niñas a la salud y a una atención sanitaria adecuada (OMS, 2020).

En el marco de siempre considerar los derechos que tenemos como individuos, también es imperante señalar que existen derechos sexuales. La importancia de estos derechos radica en que se debe considerar la libertad de todas las personas para expresar su sexualidad de manera libre y responsable, considerando a los adolescentes como personas a quienes no se les puede incitar a expresar su sexualidad de una u otra forma aun apelando al hecho de que no son personas adultas o que no poseen la mayoría de edad. La Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE], 2016) establece los derechos que a la letra dicen:

1. Tenemos derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre nuestro cuerpo y nuestra sexualidad de acuerdo con nuestras facultades de evolución. La libertad y la autonomía son derechos esenciales reconocidos constitucionalmente como fundamentales y que hacen referencia a las condiciones indispensables de toda persona. En estos se encuentra el derecho a la vida, a la integridad personal y a la libertad de ideas, religión y circulación; a la seguridad; al honor, a la intimidad personal y familiar, y a la propia imagen; al matrimonio consensuado y a la inviolabilidad de domicilio y de las comunicaciones. Estos derechos son sustantivos para el ejercicio de una sexualidad libre, autónoma e informada, sin injerencias arbitrarias por parte de terceros; por ello, el Estado debe propiciar ambientes que garanticen el respeto a la autodeterminación de adolescentes y jóvenes para decidir en libertad.

2. Tenemos derecho a ejercer y disfrutar plenamente nuestra sexualidad y vivir cualquier experiencia, expresión sexual, erótica o de género que elijamos, siempre que sea con pleno respeto a los derechos de las personas involucradas y acorde con nuestras facultades en evolución, como práctica de una vida emocional y sexual plena, protegida y placentera. El Estado debe garantizar que el ejercicio de este derecho sea libre de presiones, discriminación, inducción al remordimiento o castigo por ejercer o no actividades relacionadas con el conocimiento, exploración y disfrute de nuestro cuerpo y de nuestra sexualidad.

3. Tenemos derecho a manifestar públicamente nuestros afectos y a ejercer nuestra libertad individual de expresión, manifestación, reunión, identidad sexual, de género y cultural sin prejuicios, discriminación ni violencia. Las expresiones públicas de afecto contribuyen a la promoción de una cultura armónica, afectiva, libre de violencia y de respeto a la diversidad sexual. El Estado debe garantizar que tengamos la posibilidad de expresar libremente nuestras ideas y afectos, con pleno respeto a los derechos de las demás personas, sin que por ello se nos discrimine, limite,

cuestione, extorsione, lastime, amenace y/o agrede verbal, física, sexual o psicológicamente.

4. Tenemos derecho a decidir libremente con quién o quiénes relacionarnos afectiva, erótica y socialmente; así como a decidir y ejercer nuestras prácticas sexuales, elegir las diversas formas de relacionarnos, elegir con quién compartir nuestra vida, sexualidad, emociones, deseos, placeres y/o afectos, de manera libre y autónoma. El Estado debe preservar y garantizar este derecho y tomar medidas contra toda forma de coacción como los matrimonios forzados o la trata de adolescentes y jóvenes con fines de explotación, incluyendo la sexual.

5. Tenemos derecho a que se respete nuestra privacidad e intimidad y a que se resguarde confidencialmente nuestra información personal en todos los ámbitos de nuestra vida, incluyendo el sexual, sin importar la edad, con énfasis en adolescentes. El cuerpo, sexualidad, espacios, pertenencias y la forma de relacionarnos con las demás personas, son parte de nuestra identidad y privacidad, que debe respetarse por igual en los espacios escolares, familiares, sociales, digitales, laborales y los servicios de salud, entre otros. El Estado tiene la obligación de resguardar la información personal de forma confidencial, por lo que, en el ámbito escolar, de salud, digital y laboral debe estar protegida y cualquier persona que tenga acceso a ella está obligada a no difundirla sin nuestra autorización.

6. Tenemos derecho a la vida, a la integridad física, psicológica y sexual, a vivir libres de violencia y a que no se nos someta a ningún tipo de tortura ni tratos crueles, inhumanos o degradantes. Ninguna persona o autoridad, en el ámbito familiar, laboral, escolar y de salud, comunitario e institucional, puede ejercer ningún tipo de violencia, incluyendo la sexual, física, psicológica, patrimonial, económica, ni ninguna acción que tenga como finalidad lesionar o dañar nuestra vida, dignidad, integridad y/o libertad. Ante la violencia sexual, es obligación del Estado proveer asesoría legal e información y atención médica y psicológica oportuna que incluya

tratamiento y profilaxis post exposición para VIH y otras ITS, anticoncepción de emergencia y aborto legal y seguro, así como acceso a la justicia y reparación del daño. El Estado debe garantizar espacios y servicios públicos, incluyendo los escolares y los de salud, libres de todos los tipos de violencia.

7. Tenemos derecho a decidir de manera libre e informada sobre nuestra vida reproductiva, si deseamos o no tener hijos (as), cuántos (as), cada cuándo y con quién, sin que nuestra orientación sexual, estado de salud, identidad de género, edad, estado civil o cualquier otra condición o característica personal sea un impedimento para ello, teniendo en cuenta la evolución de nuestras facultades, así como nuestras necesidades. El Estado debe garantizar y promover el acceso a la información y a los servicios de salud con pertinencia cultural, garantizando nuestro derecho a la confidencialidad, incluyendo el acceso a todos los métodos anticonceptivos, la atención de un embarazo saludable y los servicios de aborto legal y seguro.

8. Tenemos derecho a la igualdad, a vivir libres de prejuicios y estereotipos de género que limiten nuestras capacidades, prácticas y ejercicio pleno de los derechos. (...) El Estado debe garantizar que las políticas públicas respondan a nuestras características y necesidades, y tomar las medidas apropiadas para modificar los estereotipos de género que refuerzan y promueven imaginarios, prácticas y comportamientos que afectan la salud, la justicia, la igualdad y la equidad en todos los ámbitos de la vida.

9. Tenemos derecho a vivir libres de discriminación. Tenemos diferentes formas de expresar nuestras identidades sexuales y culturales, y diferentes formas de vivir y ejercer la sexualidad, sin que se nos discrimine por nuestra edad, el origen étnico o nacional, el color de piel, la cultura, el sexo, el género, las discapacidades, la condición social, económica, de salud (incluyendo embarazo, ITS o VIH) o jurídica, la religión, la apariencia física, las características genéticas, la situación migratoria, el embarazo, la

lengua, las opiniones, las preferencias sexuales, la identidad o filiación política, el estado civil, la situación familiar, las responsabilidades familiares, el idioma, los antecedentes penales o cualquier otro motivo. Cualquier acto discriminatorio atenta contra nuestra dignidad humana. El Estado debe garantizar la protección contra cualquier forma de discriminación y tomar las medidas adecuadas para prevenir, atender y sancionar las conductas discriminatorias.

10. Tenemos derecho a la información actualizada, veraz, completa, científica y laica sobre sexualidad para tomar decisiones libres sobre nuestra vida. Los temas relativos a la sexualidad deben incluir todos los componentes de ésta: el género, el erotismo, los vínculos afectivos, la reproducción, el placer y la diversidad. Esta información deberá estar libre de estereotipos, prejuicios, mitos o culpa, deberá ser laica y estar basada en evidencia científica. El Estado debe garantizar el acceso a la información de manera continua y con pertinencia intercultural a través de los sectores e instituciones competentes, especialmente en los servicios de salud y educativos. Tal información debe impartirse de acuerdo con nuestras necesidades particulares y atendiendo a la evolución de nuestras facultades.

11. Tenemos derecho a la educación integral en sexualidad que fomente la toma de decisiones libre e informada, la cultura de respeto a la dignidad humana, la igualdad de oportunidades y la equidad. La educación integral en sexualidad es necesaria para el bienestar físico, mental y social, y para el desarrollo humano en general. Sus contenidos deberán estar actualizados, ser laicos, estar basados en evidencia científica, desde un marco de derechos humanos, con perspectiva de género, pertinencia cultural y estar libres de estereotipos, prejuicios, estigmas, mitos y culpa, teniendo en cuenta la evolución de nuestras facultades. El Estado debe implementar, fortalecer y actualizar los programas y estrategias de Educación Integral en Sexualidad involucrando a distintas instancias, sobre

todo las educativas y de salud, incluyendo la formación de personal de educación y salud en todos los niveles.

12. Tenemos derecho a los servicios de salud sexual y reproductiva que sean amigables para adolescentes y jóvenes, confidenciales, de calidad, gratuitos, oportunos y con pertinencia cultural. Considerando la evolución de nuestras facultades, tenemos derecho a recibir atención y a que no se nos niegue el acceso a los servicios por ausencia de padre, madre o tutor legal. Estos servicios deben incluir consejería con información, orientación y apoyo educativo, provisión de métodos anticonceptivos, aborto legal y seguro* y atención durante el embarazo, parto y puerperio, detección oportuna y atención de ITS incluyendo el VIH, detección y atención de la violencia, entre otros. Los servicios de atención sexual y reproductiva deben estar libres de todo tipo de violencia, estigma y discriminación. Es obligación del Estado garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva que promuevan la toma de decisiones de forma libre, informada y autónoma, así como la capacitación y sensibilización permanente del personal de los servicios de salud para atender a adolescentes y jóvenes en toda nuestra diversidad.

13. Tenemos derecho a la identidad sexual, a construir, decidir y expresar nuestra identidad de género, orientación sexual e identidad política. Contar con una identidad jurídica que corresponda con nuestra identidad sexual, nos posibilita el pleno acceso a todos los derechos humanos, la participación social y la inclusión en la vida económica, política y cultural del país. El Estado debe garantizar que nuestra identidad sea reconocida en los documentos legales como elemento fundamental para contribuir activamente a la comunidad y construir ciudadanía.

14. Tenemos derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad y reproducción, en su diseño, implementación, evaluación y seguimiento. Es nuestro derecho incidir en cualquier iniciativa de ley, plan o programa público que involucre los derechos sexuales, así como en la

asignación y ejecución del presupuesto público. Tenemos derecho a expresarnos, manifestarnos y asociarnos con otras personas adolescentes y/o jóvenes para dialogar, crear y proponer acciones positivas que contribuyan a nuestra salud y bienestar. El Estado tiene la obligación de garantizar espacios y mecanismos para la participación juvenil, en condiciones de igualdad, así como para la transparencia y la rendición de cuentas.

Es importante resaltar aquí que los niños y adolescentes tienen derechos que deben ser respetados y vigilados por el gobierno, pues se violan derechos a la educación, la salud y la autonomía, garantizados en tratados internacionales, como la Convención sobre los Derechos del Niño. Para poder trabajar desde esa perspectiva, se requiere realizar una acción conjunta con el gobierno para eliminar las condiciones que propician los embarazos como el matrimonio infantil, la violencia y la coacción sexual, y la falta de acceso a la educación y a la salud sexual y reproductiva, que incluye métodos anticonceptivos e información (UNFPA, 2013). Aquí la importancia de las acciones que enmarca la ENAPEA, pues se deben unir las directrices de todos los programas gubernamentales para que se establezcan estrategias en nuestro país que permita llegar la información a toda la población, sin que las diferencias de las regiones o los niveles socioeconómicos impacten en el qué y cómo la población accede tanto a la información como a la oferta de los métodos anticonceptivos, ni mucho menos que esto se haga sin la consideración de sus derechos.

1.7 Otros problemas de salud en adolescentes

Considerando las características en las dimensiones social, psicológica y biológica de los adolescentes previamente mencionadas como los cambios hormonales, la integración a nuevos grupos sociales en donde sus pares comienzan a tener una mayor influencia y lo social en donde se espera que el adolescente comience a comportarse como adulto (aunque esto sea muchas veces tomado como incurrir

en prácticas riesgosas) es comprensible que también estén propensos a otros problemas de salud, además del embarazo, que se relacionan con el inicio de la vida sexual. El aborto o la interrupción del embarazo es algo a lo que muchas mujeres se exponen por diversas razones, lamentablemente, de manera clandestina, poniéndolas en riesgo. Sin embargo, la concepción no es el único evento que puede relacionarse con el debut sexual, sino que, al llevarse a cabo prácticas riesgosas, también puede contraerse una infección de transmisión sexual, pues en muchas ocasiones tanto hombres como mujeres consideran que el único “riesgo” a evitar es un embarazo, dejando de lado o menospreciando el que incurrir en prácticas que no incluyan el uso del condón los expone a otros problemas de salud.

La OMS (2020) hace énfasis en establecer en esta edad conductas saludables, pues éstas se reflejarán en la etapa adulta. Esto tiene sentido, en tanto que los adolescentes comienzan a tomar decisiones propias, planear y desarrollar un estilo de vida. Si bien a cualquier edad se pueden modificar hábitos, el desarrollarlos desde etapas tempranas podría prevenir el desarrollo de enfermedades posteriores, elemento vital en cuanto a prevención primaria.

1.7.1 Aborto

El aborto ha sido un tema de debate a nivel mundial y, pese a que se practica desde hace muchos años, hoy en día se siguen teniendo dudas sobre si se debe o no practicar, en qué condiciones y cómo. Sin embargo, a pesar de los cuestionamientos que se hacen en torno al tema, esto no ha impedido que se siga llevando a cabo aún en países en donde se considera ilegal. Las cifras sobre la práctica del aborto han cambiado a lo largo de los años y también varía según la región. En un estudio realizado por Bearak et al. (2018) se encontró que en el periodo de 1990-94 hubo 74 embarazos no planeados por cada 1000 de entre 15 y 44 años, en comparación con 62 en el periodo 2010-14. En el periodo de 1990-94, África ocupaba el primer lugar con 107 embarazos no planeados por cada 1000, seguido por América Latina (103), Asia (68), América del Norte (50) y

Oceanía (49), siendo el Este de África la subregión con el mayor número, pues se registraron 127 en ese periodo. Lo anterior tuvo algunos cambios en el periodo 2000-14, pues Latinoamérica ocupa el primer lugar (96 por cada 1000), seguido de África (89), Asia (54), Oceanía (48) y América del Norte (47), siendo el Caribe la región con el mayor número al registrar 116. Esto significa que el mayor cambio ocurrió en Asia, al disminuir un 20%, seguido de África con un 17%, Latinoamérica con un 7%, América del Norte con un 6% y finalmente Oceanía con un 2%.

Con respecto a los embarazos no deseados se observa que de estos embarazos el 54% terminó en aborto a nivel mundial en el periodo 1990-94, mientras que se registra el 56% en el periodo 2010-2014. En el periodo de 1990-94, Europa fue el que tuvo el mayor porcentaje (78%), seguido por Asia (59%), América del Norte (49%), Oceanía (40%), Latinoamérica (39%) y África (31%), observándose al Este de Europa como la subregión con mayor porcentaje (85%). Esto cambia un poco en el periodo 2010-14, ya que Europa que tiene el mayor porcentaje (70%), seguido de Asia (65%), Latinoamérica (46%), África y Oceanía (38% en ambos casos) y América del Norte (36%), mientras que las subregiones con el mayor porcentaje fueron el Este de Asia y el Este de Europa, ambos con 77%. Lo anterior representa que en América del Norte se observó la mayor disminución (26%), seguido de Europa (10%) y Oceanía (5%), mientras que hubo un incremento en África del 23%, seguido de Latinoamérica con un aumento del 18% y finalmente Asia, con un aumento del 10%, pero hablando sobre las subregiones el mayor aumento fue del 36% en el Norte de África y el Sur de Asia.

Otro dato interesante de este trabajo es la tasa de abortos según la situación legal de cada país. Conforme a esto, se encontró que hubo 87 abortos por cada 1000 mujeres (lo que representa el 49% de embarazos no deseados que culminaron en aborto) en los países en donde se pueden realizar según la salud física, 78 (41%) en donde se debe a la salud mental de la mujer, 77 (48%) en los países en donde está prohibido por completo o para salvar la vida de una mujer, 52 (58%) por fundamentos socioeconómicos y 48 (69%) en donde se practica si lo solicitan.

Los autores señalan que en las regiones en desarrollo el embarazo no deseado desciende mientras que la tasa de aborto se mantiene estable, mientras que en las regiones desarrolladas la tasa de aborto desciende, pero no así el nacimiento no deseado. Dichos autores señalan que el que en países en desarrollo el embarazo no deseado haya descendido se puede deber a los cambios en los métodos anticonceptivos, la eficacia de estos, la fecundidad de la mujer, entre otros, aunque señalan que se deben realizar más estudios para conocer estas causas. Por otro lado, consideran que el aumento en el aborto se puede deber a que las mujeres están más motivadas a evitar un embarazo no deseado y motivadas a realizar el aborto debido a las condiciones seguras en las que se ofrece este servicio de salud.

Sobre los países desarrollados, consideran que los abortos han disminuido debido a que las parejas evitan de una manera más fuerte los embarazos no deseados mediante los métodos anticonceptivos, por ejemplo.

Un dato interesante es que encontraron que en los países en donde se prohíbe el aborto la tasa de embarazos no deseados es mayor y la proporción de estos embarazos que culminan en aborto es menor, en comparación con países en donde el aborto se puede solicitar. Sin embargo, las tasas de embarazo no deseado son menores y las tasas de aborto mayores en países donde se permite abortar por solicitud.

Otro punto por debatir es no solo si se lleva a cabo o no el aborto, sino en qué condiciones. Como se ha descrito, actualmente no en todos los países es una práctica legal, lo que ha orillado a que muchas mujeres lo realicen en condiciones que no son seguras. El aborto inseguro es definido como el “procedimiento para finalizar un embarazo no deseado realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o que se lleva a cabo en un entorno donde se carece de un estándar médico mínimo o ambos” (OMS, 2012, p. 18). En un estudio realizado por Ganatra et al. (2017) se clasificaron los abortos según las categorías de la OMS: seguro (realizado por trabajadores de la salud según las recomendaciones de la OMS), menos seguro (realizado por proveedores capacitados que utilizan métodos no recomendados o que utilizan un método seguro como el misoprostol,

pero sin la información o el apoyo adecuados de un individuo capacitado) y el nada seguro (realizado por personas no capacitadas usando métodos invasivos y peligrosos), considerando a las últimas dos como “peligrosos”. Con base en estas categorías se estima que de 2010 a 2014 se realizaron un total de 55.7 millones de abortos anualmente en todo el mundo. De este total, 30.6 millones (54.9%) fueron “seguros”, 17.1 millones (30.7%) fueron “menos seguros” y 8 millones (14.4%) fueron los nada seguros. Lo anterior significa que se realizaron 25 millones de abortos peligrosos (45% del total de abortos) y casi la totalidad de estos abortos peligrosos (97%) se produjeron en países de desarrollo de África, Asia y América Latina. Además, la proporción de abortos inseguros fue mayor en países en desarrollo (49.5%) que en países desarrollados (12.5%), además de presentar un mayor número de abortos en países con leyes restrictivas en comparación con los que poseían leyes menos restrictivas.

Las cifras señalan un aumento, pues la OMS (2012) registraba 22 millones en esa fecha y mencionaba que la tasa global de abortos inseguros no se había modificado desde el año 2000. Tan solo la participación de África en los abortos inseguros globales en 2008 fue del 29 % y el 62 % de todas las muertes relacionadas con el aborto inseguro que se produjeron en África ese año.

Campero et al. (2013) también señalan que las complicaciones por abortos inseguros pueden ser una causa de morbilidad en adolescentes. La OMS (2012) calcula que aproximadamente 47 000 muertes relacionadas con el embarazo son provocadas por complicaciones de un aborto inseguro y que 5 millones de mujeres sufren incapacidades como resultado de las complicaciones de un aborto inseguro. La tasa de letalidad del aborto inseguro es 460 cada 100 000 procedimientos de aborto inseguro en África y 520 cada 100 000 en África Subsahariana, en comparación con 30 cada 100 000 en América Latina y el Caribe y 160 cada 100 000 en Asia (OMS, 2011b).

Se ha señalado que las adolescentes recurren más a la interrupción del embarazo en comparación con mujeres adultas en etapas avanzadas, lo cual aumenta su riesgo. Dentro de las razones más frecuentemente expuestas de las adolescentes para interrumpir su embarazo son de índole educativa, económica,

referente al rechazo social y familiar, el no tener una relación estable con la pareja, no usar anticonceptivos o que estos fallen, violación o incesto, el haber tenido hijos antes, el no tener afinidad con el hombre que la embarazó o coerción (Olukoya, 2001, citado en Secretaría de Salud, 2008).

Con respecto a que los métodos anticonceptivos fallen, se prevé que cerca de 33 millones de usuarias de anticonceptivos padezcan un embarazo accidental cada año mientras usan métodos anticonceptivos. Algunos de estos embarazos accidentales se finalizan mediante abortos inducidos y otros terminan siendo bebés no planificados (OMS, 2012).

En cuanto a los datos nacionales, la OMS (2011a) estima que, tanto en México como los países de América Central, se registraron entre 20 y 29 abortos inseguros anuales por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años en el año 2008. La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2009) señala que 9.2% de los embarazos en mujeres de 15 a 19 años ocurridos entre 2004 y 2009 terminó en aborto.

Las causas del aborto pueden ser varias, pero lo que también se debe considerar son las causas por las cuales muchas veces esto no se practica, pues existen barreras que pueden impedir a las mujeres solicitar el servicio o incluso tener que recurrir a prácticas riesgosas. La OMS (2012) señala que todas las mujeres deben contar con servicios de aborto disponibles y accesibles en la medida que lo permita la ley. En México, salvo en la capital del país, las leyes sobre el aborto en México son restrictivas y la mayoría de las legislaciones estatales carece de procedimientos precisos para darles cumplimiento. En 2007, se aprobó una reforma que despenalizó el aborto en la Ciudad de México. El decreto de ley establece que el aborto se permite a solicitud de la mujer hasta las 12 semanas del embarazo y lo autoriza después de ese plazo en casos de violación, grave riesgo para la salud o la vida de la mujer, y malformaciones genéticas o congénitas severas (González et al., 2008). Lo anterior representa un avance, pero se debe considerar que este servicio debe estar disponible y ser legal en el país entero, pues de otra forma se correría el mismo riesgo de que

mujeres que cuentan con menos recursos se vean orilladas a tener procedimientos riesgosos.

La interrupción legal del embarazo es aún un tema que genera polémica, sin embargo, se debe de priorizar el conocimiento científico desarrollado en este tema para que se eliminen los prejuicios que lo persiguen y se evite exponer a las mujeres a condiciones precarias. Esto también está sujeto al análisis sobre cómo las mujeres que recurren a este servicio lo hacen por tener embarazos no deseados, que bien pudieron ser consecuencia de un mal uso o falta de uso de métodos anticonceptivos, por lo que se deben realizar más acciones para fomentar su uso.

Aunque la eficacia de los métodos anticonceptivos varía en función de sus características y de cómo lo usen las personas, también existen riesgos que van más allá de un embarazo no planeado: las infecciones de transmisión sexual. El riesgo de contraer una infección sexual puede ser menos relevante para los adolescentes, pues en muchas ocasiones consideran que se deben enfocar únicamente en prevenir un embarazo, pero muchas veces no conocen los riesgos de no utilizar el condón en diferentes prácticas sexuales, lo cual hace más complicado que se protejan correctamente.

1.7.2 Infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión (ITS) comprenden una serie de patologías que se pueden contagiar vía sexual, transmisión perinatal o parenteral. Debido a que el término incluye el estadio asintomático (puede ser compatible con lesiones con potencial para la transmisión) se prefiere llamarlas “infecciones” y no “enfermedades”. Estos agentes etiológicos solo se pueden alojar en el humano, por lo que se transmite solo mediante personas ya infectadas y se produce por contacto directo vía sexual. Además de que en una sola persona pueden habitar varias ITS, algunas pueden favorecer la transmisión de otras como es el caso del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (Díez & Díaz, 2011). Aunque existen 30 bacterias y parásitos que se transmiten por vía sexual, ocho están vinculadas a la

máxima incidencia de infecciones de transmisión sexual, de las cuales solo cuatro tienen cura: sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis. Mientras tanto, el VIH, Virus del Papiloma Humano (VPH), hepatitis B, Virus del Herpes Simple (VHS) o herpes no tienen cura, únicamente tratamientos que pueden atenuar algunos síntomas.

Existen diferentes complicaciones generadas a causa de las ITS que son distintas en hombres, mujeres y niños. En el caso de los hombres, puede causar demencia, infertilidad, cáncer de ano o pene, estenosis uretral y Orquiepididimitis. En el caso de las mujeres, cáncer cervical, parto prematuro, aborto, infertilidad, dolor pélvico crónico, esterilidad, embarazo ectópico, enfermedad pélvica inflamatoria e incluso la mortalidad materna. En cuanto a los niños, pueden tener un bajo peso al nacer, malformaciones congénitas, daño ocular, pulmonar, óseo o neurológico y muerte perinatal (Fundación Mexicana para la Salud, 2011).

Dichas infecciones son un problema reconocido a nivel mundial, pues en 2012 se estimaba que hay 357 millones de casos nuevos todos los años de infección por *C. trachomatis* (131 millones), gonorrea (142 millones), sífilis (6 millones), infección por *Trichomonas vaginalis* (78 millones) en personas de entre 15 y 49 años, además de que 417 millones tiene herpes simple tipo 2 y 291 millones de mujeres son portadoras de VPH. Cabe señalar que América es una de las regiones con mayor número de casos de ITS curables, pues se estiman 64 millones (OMS, 2016). En México, las ITS ocupan uno de los cinco primeros lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y se ubican entre las diez primeras causas de morbilidad general en el grupo de 15 a 44 años (Secretaría de Salud, 2001).

De estas infecciones de transmisión sexual, el VIH es uno de los más alarmantes, pues ataca al sistema inmunitario y a medida que avanza impide el funcionamiento normal de la inmunidad, aumentando el riesgo de contraer otras infecciones e incluso cáncer (OMS, 2016). La infección del VIH ha disminuido a nivel mundial, pues en el 2017 ONUSIDA (2019) reportaba 36.9 millones de personas con VIH y la OMS (2015) estimaba en el 2013 alrededor de 2 millones de casos nuevos de VIH anualmente, lo cual significó una reducción del 38% en

comparación con el 2001. El número global de nuevas infecciones de VIH ha disminuido de 3.4 millones en 1996 a 1.8 millones en 2017 aproximadamente. La mayor reducción se aprecia en el África Subsahariana (30%) del 2010 al 2017, seguido por el Caribe (18%), Asia y el Pacífico (14%), África occidental y central, el occidente y centro de Europa y Norteamérica (8%), y 1% en Latinoamérica. Sin embargo, esto no ocurre así en el Medio Oriente, el Norte de África, este de Europa y Asia central, pues el número de nuevas infecciones por VIH se ha duplicado en menos de 20 años. Además, las proporciones entre hombres y mujeres difieren a nivel mundial, pues en África Subsahariana el 59% de los nuevos casos de infección en adultos son de mujeres, mientras que en otras partes del mundo son los hombres quienes representan el 63% (ONUSIDA, 2018).

La fase más avanzada de este virus es lo que se conoce como el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Uno de los mayores peligros de este síndrome es que tarda entre 2 y 15 años en manifestarse (OMS, 2018c). ONUSIDA (2018) reportó que el número anual de muertes por SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) relacionada con personas que viven con VIH (de todas las edades) ha disminuido de 1.9 millones en 2004 a 940, 000 en 2017 aproximadamente. A nivel mundial se ha reducido el número de muertes, pero no en la misma proporción, pues en el este y sur de África se observó una disminución del 42% del 2010 al 2017, un 24% en África central y occidental, un 39% en Asia y el Pacífico, 36% en Europa central y occidental y Norteamérica, 23% en el Caribe y solo 12% en Latinoamérica. Por otro lado, no hubo cambios en estos porcentajes en el este de Europa y Asia central e incluso hubo un aumento del 11% en el Medio Oriente y Norte de África.

En 1983 se detectó el primer caso de SIDA en México (CONAPO & UNFPA, 2009) y lamentablemente se ha registrado un aumento en casos nuevos por infección de VIH, pues en 2005 se registraban 12, 000 aproximadamente, en 2010 13, 000 y 15, 000 en 2017 y este aumento se registró tanto en hombres (de 8, 700 en 2005 a 11, 000 en 2017) como en mujeres (de 2, 500 a 3, 100 en el mismo periodo) mayores de 15 años.

En cuanto a las muertes por SIDA relacionadas con el VIH se observa una disminución, aunque con variabilidad, pues en el 2005 se estima que hubo 4, 700 muertes en todas las edades, 3, 900 en el 2010 y 4, 000 en el 2017. Las muertes por SIDA relacionadas con el VIH en mujeres mayores de 15 años fueron 710 en el 2005, 790 en el 2010 y 760 en el 2017, mientras que en los hombres se calcula que hubo 3, 800 muertes en 2005, 2, 900 en el 2010 y 3, 100 en el 2017. En cuanto a las personas que viven con dicho virus, también se observa un incremento general en el país, tanto en hombres como en mujeres, ya que en 2005 se registraron alrededor de 140, 000 personas de todas las edades, en 2010 170, 000 y en 2017 cerca de 230, 000. Los hombres son quienes representan una mayor proporción en comparación con las mujeres, pues se estima que cerca de 25, 000 mujeres mayores de 15 años vivían con este virus en el año 2005, 35, 000 en el año 2010 y 50, 000 en el 2017, mientras que en el caso de los hombres las cifras fueron de 110, 000, 140, 000 y 180, 000 respectivamente (ONUSIDA, 2018). En el documento *Knowledge is power: know your status, know your viral load* de la ONUSIDA (2018) se señala que el 64% de las personas que viven con VIH en México conocen su estado, el 62% está en tratamiento y el 46% tiene su virus suprimido.

Tal ha sido la relevancia del VIH a nivel mundial, que se ha establecido como una meta erradicar por completo las epidemias de sida, tuberculosis, malaria, enfermedades tropicales desatendidas, hepatitis, enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles en el 2030 (OMS, 2018c). En cuanto al VIH, se establece que la población objetivo para su erradicación es la población adolescente. Para ello, en la Estrategia Mundial del Sector de la Salud (OMS, 2015) se presente que para el año 2020 se haya reducido en un 75% el número de nuevas infecciones. Para ello, se consideran necesarias grandes reducciones de los comportamientos de riesgo, nuevos planteamientos para ejecutar eficazmente las intervenciones preventivas entre quienes las necesitan, y nuevas tecnologías de prevención. Un aspecto central será la reducción de la vulnerabilidad y de los comportamientos de riesgo de las poblaciones más afectadas.

La ENJ (2010) señala que ha aumentado el porcentaje de adolescentes que reportan tener conocimiento sobre las ITS, pues en el año 2000 el 79.9% mencionó tener conocimiento, en comparación con el año 2005 en donde se observó un porcentaje de 83.7% y un 90.9% en el año 2010.

La OMS (2016) ha establecido metas en el contexto de las infecciones de transmisión sexual que incluyen:

- Reducir en un 90% la incidencia de *T. Pallidum* y *N. gonorrhoeae* a nivel mundial con respecto al año 2018.
- Reducir a 50 el número de casos de sífilis congénita por cada 100, 000 nacidos vivos en el 80% de los países.
- Lograr que los países cuyo programa nacional de inmunizaciones incluya la vacuna del VPH mantenga una cobertura del 90% a nivel nacional y de al menos el 80% en cada distrito.

Para el cumplimiento de dichas metas, la estrategia está regida por los siguientes principios: cobertura sanitaria universal, rectoría y rendición de cuenta de los gobiernos, intervenciones, políticas y servicios basados en datos empíricos, protección y promoción de los derechos humanos, la integración con sectores, programas y estrategias pertinentes, así como la participación y empoderamiento de las personas más afectadas por las ITS.

En cuanto al Virus de Inmunodeficiencia Humana, la OMS (2015) se plantea en su Estrategia Mundial del Sector Salud contra el VIH para 2016-2021 (conocida como la 90-90-90) que para el 2020 se cumplan los siguientes objetivos:

- Reducir las muertes mundiales por SIDA a menos de 500 000 para 2020 y a menos de 200 000 para el año 2030.
- Garantizar que el 90% de las personas con VIH conozcan su estado serológico; que el 90% de las personas candidatas con VIH reciban tratamiento antirretrovírico (TAR); y que también el 90% de personas con tratamiento logren la supresión del virus.
- Reducir en un 75% las nuevas infecciones en comparación con las cifras del 2010 y no registrar ninguna nueva infección en lactantes.

- Lograr que el 90% de las personas con VIH o afectadas por él estén protegidas en sus comunidades y tengan acceso igualitario a los servicios de salud, empleo, educación y sociales.

De esa forma, la OMS menciona que es importante la prevención a través de intervenciones basadas en la evidencia con enfoques comportamentales, biomédicos y estructurales que incluyan la promoción de los preservativos, la reducción de parejas sexuales y aplazamiento de la primera relación sexual, en toda la población, pero en específico a los adolescentes. El papel de cada una de las disciplinas de la salud es importante, pero también se requiere de la labor institucional mediante medidas gubernamentales que permitan informar a la gente sobre los riesgos de estas infecciones y también facilitar el que los tratamientos para ellas lleguen de manera oportuna a toda la población.

1.8 Conclusiones

El desarrollo humano implica cambios a lo largo de toda la vida en diferentes dimensiones, pero en la adolescencia convergen cambios de tipo biológico, psicológico y social que hacen de esta etapa una de las más importantes y claves en cómo se desarrollarán las siguientes. Los cambios biológicos son de los más importantes, pues la producción de hormonas generará cambios físicos que le permitirán al adolescente desarrollarse para poder procrear. Es importante destacar que lo biológico no es definitorio en el ámbito conductual, pero sí se presenta como propensiones haciendo más o menos probable cierto tipo de interacciones.

Los roles de género dirigirán los comportamientos de los adolescentes en todos los ámbitos, incluido el sexual. El que un hombre deba iniciar su vida sexual lo antes posible o el que una mujer deba tener hijos como muestra de su feminidad auspiciarán que los adolescentes se involucren en distintas actividades y con distintas personas. Es muy probable que adopten los valores inculcados en casa, pero también lo es que adopten aquellos de las personas que en esta etapa se consideren importantes.

Como bien se mencionó, el nivel socioeconómico, los niveles hormonales, las emociones no reguladas, el consumo de alcohol y la influencia de los pares son solo algunos de los factores que propician que los adolescentes se expongan a situaciones que hace más probable el tener relaciones sexuales. Las primeras experiencias tendrán un peso importante, pues si un adolescente comienza una vida sexual bajo circunstancias como el haber ingerido alcohol, haber permitido que su pareja impusiera los criterios sobre cómo tener relaciones sexuales o incluso el no saber sobre los riesgos que tener una relación sexual sin protección implican harán más probable que se desarrollen hábitos que inminentemente se traduzcan en una infección de transmisión sexual o un embarazo no planeado.

Las consecuencias a nivel biológico, psicológico y social que comprenden un embarazo en esta etapa interactúan. El observar que las adolescentes que tenían un embarazo presentaban mayores complicaciones de salud en el momento de dar a luz implica un riesgo tanto para la madre como para el neonato que no se observa en la misma proporción en mujeres mayores de 20 años. También la influencia de los pares no es la misma en adolescentes que en grupos mayores, lo que auspicia que los adolescentes se guíen más por las situaciones presentes y las presiones sociales que a sus proyectos de vida sin una regulación tan evidente por sus pares. En un contexto como el mexicano siguen existiendo culturas que consideran el embarazo como una muestra de madurez, e incluso en zonas urbanas el embarazo en adolescentes no siempre es descalificado también fomenta el que los adolescentes no consideren algo no deseado si es que les sucede. Si bien el medio no es determinante, sí genera las condiciones propicias para ciertos tipos de comportamientos y el ambiente en el cual un adolescente se desarrolla no se puede cambiar fácilmente.

El caso de Latinoamérica y el Caribe dichas cifras relacionadas con el embarazo en adolescentes son preocupantes, pues ocupan el segundo lugar a nivel mundial solo después de África e incluso los embarazos en menores de 15 años presentan un incremento. Comparable con África, las condiciones socioeconómicas son relativamente mejores, pero sigue existiendo desigualdad y condiciones no propicias como la violencia que repercuten en este problema.

Como se observó, en México la tasa en el grupo de adolescentes ha aumentado de 2009 a 2015, lo cual implica un retroceso en las estrategias gubernamentales. Debido a esto, es vital el seguimiento a las recomendaciones de la ENAPEA, pues considera necesaria la interdisciplina para alcanzar los objetivos de erradicar los embarazos en niñas menores de 15 años y disminuir al 50% en adolescentes de entre 15 y 19 años. No obstante, esto tampoco significa que se deba imponer un estilo de vida a los adolescentes, pues forzarlos a no tener relaciones sexuales o tenerlas bajo ciertas condiciones violaría sus derechos. Lo que sí debe realizarse es crear las mismas condiciones y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de la misma calidad independientemente del nivel socioeconómico al que se pertenezca, así como asegurar la educación a nivel superior.

Si bien los factores que se ven implicados en este problema son de distintas dimensiones y la dimensión social posea un papel crítico, esto de ninguna manera deberá comprenderse como una barrera para llevar a cabo acciones que estas condiciones cambien. Es cierto que se deben contar con políticas públicas que cambien estas condiciones y que, aunque se lleven a cabo como la evidencia lo señala, tardará años en reflejarse, no se debe optar por menospreciar los esfuerzos, sino integrarlos. En el caso de la psicología en la cual la dimensión individual es la que nos corresponde debemos enfocar nuestros esfuerzos para el análisis, identificación y modificación de las variables que regulan el uso de preservativos en el momento de un contacto sexual. Se debe considerar la recomendación de la estrategia ante promover el uso de anticonceptivos reversibles de acción prolongada y el uso del condón masculino, ya que ambos ofrecen una protección anticonceptiva y previene el contagio de infecciones de transmisión sexual. A pesar de que no es función ni tampoco es posible que desde nuestra disciplina se puedan modificar factores biológicos (no podemos impedir que sucedan los cambios hormonales) o los sociológicos (no podemos cambiar a una persona a un nivel socioeconómico más alto) o incluso algunos psicológicos (evitar que la madre haya tenido embarazos durante la adolescencia), sí es posible diseñar estrategias que permitan a los adolescentes regular su propia conducta propia y la de otros para utilizar métodos anticonceptivos. La tarea no es

sencilla, pues son diversos factores los que interactúan, pero la disciplina ha generado conocimiento que podrá orientarnos hacia qué y cómo se deben modificar dichas variables psicológicas.

CAPÍTULO 2. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y SU USO

2.1 Métodos anticonceptivos: Descripción

La OMS (2020) señala que la planificación familiar es un punto crucial, pues permite que las personas decidan cuántos hijos tendrán y en qué momento. Se entiende como el “derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener al respecto la información específica y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas.” (Secretaría de Salud, 2004, p. 5). La manera de lograr esto es a través del uso de métodos anticonceptivos y el tratamiento de esterilización. Según la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 (Secretaría de Salud, 2004), los métodos anticonceptivos son los que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, ya sea temporal o permanentemente.

El uso de métodos anticonceptivos, desde su aparición, ha generado diferentes puntos de vista en la sociedad pues permite ejercer un derecho de decidir cuándo se tendrá hijos. Desde hace muchos años las personas (en su mayoría las mujeres) tenían ciertos métodos como el uso de mercurio, testículos de comadreja, envolturas de golosinas, etc. (*Planned Parenthood*, 2012), pero que no necesariamente eran efectivos. En la actualidad, la ciencia ha avanzado y ha desarrollado diversos métodos efectivos que pueden ser utilizados dependiendo de las necesidades de cada persona. Cabe señalar que la mayoría de estos métodos deben ser utilizados por la mujer, pues en cuanto a los varones, los métodos anticonceptivos se limitan al uso del condón masculino y la vasectomía (OMS, 2018b), posicionando así a la mujer en un papel vital en cuanto a la planificación familiar.

En la actualidad existe una gran variedad de métodos anticonceptivos. Cada método se ha clasificado según sus características, pues algunos pueden depender de conductas sexuales (como la abstinencia) o de su reversibilidad

(como la vasectomía). Así como sus características son distintas, su efectividad también. Actualmente se ha hecho una diferenciación entre el término “eficacia” y “efectividad”. La primera se refiere a “la probabilidad de que un embarazo no deseado ocurra incluso cuando el método es usado consistentemente y exactamente como es prescrito” (Shuiling & Likis, 2013, p. 228) y se mide mediante el índice de Pearl (IP), que se refiere al número de embarazos de cada 100 mujeres durante un año de uso (Peláez, 2016). La segunda se refiere a “todos los embarazos no deseados que ocurren si un método no es usado apropiadamente, como en el caso de su uso inconsistente o incorrecto” (Shuiling & Likis, 2013, p. 228).

A continuación, se señalan las características de los métodos anticonceptivos clasificados según Shuiling y Likis (2013). La eficacia, efectividad, ventajas y desventajas de los métodos se describen en la Tabla 1.

2.1.1 Métodos no hormonales

Los métodos no hormonales se caracterizan porque no se requiere de la administración de algún químico u hormona.

2.1.1.1 Abstinencia

La abstinencia es abstenerse del acto sexual coital y puede incluir otras formas de expresión sexual (Peláez, 2016).

2.1.1.2 *Coitus Interruptus*

También conocido como “marcha atrás” (OMS, 2018b) o “retirada” (Shuiling & Likis, 2013) es la retirada del pene de la vagina antes de la eyaculación. Su objetivo es impedir que el esperma entre a la vagina.

Eficacia y efectividad

Sin embargo, la OMS (2018b) advierte que “es uno de los métodos menos eficaces, porque a veces es difícil determinar correctamente cuando hay que retirar el pene lo que puede provocar que se eyacule estando este aún dentro de la vagina”.

Con respecto al líquido pre eyaculatorio, se ha cuestionado la creencia de que éste pueda provocar embarazos en función de si contienen o no espermatozoides. En un estudio realizado por Vásquez et al. (2016) se tuvo por objetivo determinar la presencia o ausencia de espermatozoides en el líquido preeyaculatorio. Para lo anterior participaron 25 varones universitarios de entre 18 y 25 años de Barranquilla, Colombia que debieron abstenerse de mantener relaciones sexuales por al menos dos días. Se observó el fluido preseminal y se incorporaron sólo los jóvenes que tuvieran buena calidad del semen (espermiogramas con recuento total de espermatozoides superiores a 100 millones de espermatozoides, una movilidad superior al 50%). Los resultados mostraron que el total de las muestras de fluido preseminal no presentaron espermatozoides y los autores señalaron solo análisis futuros para analizar el papel del fluido en la transmisión de infecciones. Lo anterior ofrece evidencia ante la afirmación de que no es posible concebir un embarazo por medio del líquido pre eyaculatorio, sin embargo, es preciso señalar la condición bajo la cual se dieron estos resultados y fue que los varones no tuvieran relaciones sexuales por dos días.

2.1.1.3 Método de amenorrea de la lactancia

También conocido como “método de amenorrea del amamantamiento” o método de la lactancia y amenorrea (MELA) (Secretaría de Salud, 2004) es un método de anticoncepción temporal para mujeres que recientemente parieron, que no han vuelto a menstruar y cuyo infante sea menor a 6 meses. Esto se debe a que el

infante lactante durante la lactancia incrementa los niveles de prolactina maternos, que a su vez inhibe la ovulación (Shuiling & Likis, 2013).

2.1.1.4 Método del ritmo

También conocido como “método del calendario” o método de Ogino-Knaus (Secretaría de Salud, 2004) es aquel en el que la mujer utiliza métodos de barrera o abstinencia en los días fértiles de su ciclo menstrual. La “ventana de fertilidad” (*fertile window*) o el tiempo en que el coito es más probable de resultar en embarazo comprende los 5 días antes más el día de ovulación. El método implica que la mujer registre la duración de 6 a 12 ciclos menstruales (aunque la OMS señala que deben ser 6) y determine los ciclos más largos y más cortos. Entonces se identifica el primer (días en el ciclo más corto menos 18) y último (días del periodo más largo menos 11) día fértil de cada mes. Los cálculos deben ser actualizados cada ciclo y las mujeres deben usar método de barrera en los días de 8 al 19 de su ciclo.

El método de la post ovulación es una variación del método del ritmo o del calendario y es aquel que la mujer resta 14 días de su promedio de duración del ciclo para predecir el día de ovulación. La abstinencia o método de barrera es usado durante la primera mitad del ciclo hasta la cuarta mañana después del día de ovulación predicho (Shuiling & Likis, 2013).

2.1.1.5 Método de días fijos

También conocido como el método de días estándar (SDM, por sus siglas en inglés) (Shuiling & Likis, 2013) consiste en determinar los periodos fértiles del ciclo menstrual (normalmente los días 8 a 19 de cada ciclo de 26 a 32 días), utilizando un collar de cuentas u otro elemento. Este método también se centra en los días fértiles, por lo que se requiere de evitar el coito en días fértiles o utilizar otro método (OMS, 2018b). Este método es recomendado para mujeres cuyos ciclos son de 26 a 32 días de duración (OMS, 2011a; Shuiling & Likis, 2013).

2.1.1.6 Método de la temperatura basal corporal

La mujer debe registrar su temperatura corporal a la misma hora todas las mañanas antes de levantarse, prestando atención a que se produzca un aumento de 0,2°C a 0,5°C. La temperatura aumenta durante los días de ovulación (3 días) y una vez que disminuye el periodo fértil termina. La mujer puede volver a tener relaciones sexuales el cuarto día y se debe que evitar el coito durante los días fértiles o bien utilizar otro método durante los días fértiles (OMS, 2018b).

2.1.1.7 Método de ovulación de Billings

También conocido como método del moco cervical (Secretaría de Salud, 2004), este método también se basa en la observación de indicadores corporales para poder determinar los días fértiles. En este método se evalúa el moco cervical. Las mujeres revisan diariamente el incremento, aclaración y la elasticidad de las secreciones cervicales asociadas con la ovulación, aunque puede que perciba solamente cierta leve humedad vaginal. El tiempo de fertilidad termina del día en que las secreciones ovulatorias cervicales son las primeras observadas hasta los 4 días después de que son observadas. La OMS recomienda que se tengan relaciones sexuales por la tarde, ya que la mujer haya estado de pie al menos dos horas y haya podido revisar la mucosa cervical (OMS, 2011a).

2.1.1.8 Método de los dos días

Es una versión simplificada del método de ovulación. La mujer revisa diariamente sus secreciones cervicales y es considerado fértil cualquier día que ella tenga secreciones cervicales presentes (color y consistencia) o los han tenido presentes el día anterior (Arévalo et al., 2004).

Eficacia y efectividad

Es importante tomar en cuenta con qué método se protege la mujer en sus días fértiles, pues se ha reportado que la eficacia puede variar en función de eso. El método que se recomienda es la abstinencia (Arévalo et al., 2004).

2.1.1.9 Método sintotérmico

Este método también se centra en determinar los periodos fértiles, pero a través de múltiples indicadores, pues se deben reconocer los cambios en el moco cervical (textura aparente), la temperatura basal corporal (ligero aumento) y la consistencia del cuello del útero (ablandamiento). La combinación más común es evaluar el moco cervical y diariamente graficar la temperatura basal corporal. Las secreciones cervicales pueden ser usadas para identificar el inicio de la ventana fértil, y la temperatura basal corporal puede ser usado para detectar el final. Algunas mujeres que usan el método sintotérmico también evalúan la posición cervical y los signos de ovulación (Shuiling & Likis, 2013).

2.1.2 Métodos de barrera

Son aquellos que impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico; algunos se acompañan, también, de sustancias químicas espermicidas (Secretaría de Salud, 2004).

El condón y los métodos FAB (métodos de conocimiento de la fertilidad, por sus siglas en inglés) eran los únicos métodos anticonceptivos disponibles hasta que en la segunda mitad de 1900 se desarrollaron los anticonceptivos hormonales e intrauterinos. Todos los métodos de barrera son dependientes del coito. Ellos deben ser aplicados todo el tiempo del coito, antes de cada penetración de pene, e idealmente antes de cualquier contacto genital para evitar interrupciones en el juego sexual (Shuiling & Likis, 2013).

2.1.2.1 Condón masculino

Es un forro o una cubierta delgada cerrado por un extremo conteniendo un receptáculo para almacenar el semen eyaculado y abierto en el extremo opuesto el cual termina en un borde o ribete. Se coloca al pene en erección durante la relación sexual. Algunos contienen además sustancias espermicidas (nonoxinol-9) (Secretaría de Salud, 2004). Sirve como barrera para atrapar el fluido seminal y esperma, evitando así el embarazo y ofreciendo protección contra las ITS, ya que también evita el paso de microorganismos a la vagina. Este método contribuye a la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA. Los condones están hechos de látex y fueron los primeros introducidos en la mitad de 1800. Están diseñados para ser aplicados hasta la punta del pene y luego enrollados hacia abajo sobre el pene erecto, lo cual implica un riesgo, pues podría desenrollarse del lado incorrecto y que potencialmente se contamine el exterior del condón con fluido seminal.

Debido a que algunas personas son alérgicas al látex, se desarrollaron condones hechos a base de poliuretano o material similar al látex llamado estireno etileno butileno estireno (SEBS, *styrene ethylene butylene styrene*, por sus siglas en inglés). Los condones no hechos de látex no tienen olor, color y no son alergénicos. Transmiten mejor el calor corporal y tienen un ajuste más holgado, permitiendo teóricamente mayor sensibilidad. Pueden ser usados con cualquier lubricante, y no suelen deteriorarse con el uso de lubricantes a base de aceite o en condiciones de almacenamiento adversas (Shuiling & Likis, 2013). Los lubricantes tienen que aplicarse fuera del condón, en la vagina, o en el ano. No hay que aplicar los lubricantes en el pene, ya que puede causar que se deslice el condón y se salga. En el caso de los condones de látex, se debe evitar el uso de productos que tengan lubricantes oleosos, pues pueden dañar el látex. Entre los materiales que no hay que usar se incluyen los aceites de cualquier tipo (de cocina, de bebe, de coco, aceite mineral), vaselina, lociones, cremas frías, manteca, manteca de cacao y margarina. Tampoco es recomendable utilizar el mismo condón para dos

prácticas, por ejemplo, utilizarlo para sexo anal y después sexo vaginal, pues se transfieren bacterias que provocan infección (OMS, 2011a).

Con respecto a su uso, CENSIDA (2018) menciona que para su uso correcto se deben seguir los siguientes pasos:

1. Abrir el empaque con la yema de los dedos.
2. Identificar de qué lado se desenrolla y presionar la punta del condón para quitarle el aire.
3. Sin soltar la punta del condón, colocarlo sobre la cabeza del pene mientras esté erecto.
4. Con la otra mano desenrollar el condón hacia la base del pene hasta cubrirlo por completo.
5. En caso de usar lubricante, utilizar uno hecho a base de agua.
6. Al haber eyaculado y antes de que el pene se ponga flácido, retirarse sosteniendo el condón con la mano.
7. Anudar el condón para que no se derrame el semen y tirarlo a la basura.

En cuanto a su uso, Robles et al. (2012) describe 8 pasos para el uso correcto del condón que a continuación se describen:

1. Revisar la fecha de caducidad del paquete del condón
2. Revisar que el paquete tuviera una burbuja de aire
3. Bajar el condón antes de abrir el paquete
4. Abrir el paquete sin usar uñas o dientes
5. Colocar en el glande el condón del lado correcto, apretando la punta
6. Girar el condón dos vueltas para evitar la presencia de burbujas de aire y bajarlo hasta la base del pene
7. Simular llevar el semen hacia la punta del condón

8. Retirar el condón dándole dos vueltas a la punta simulando evitar la salida del semen

Es importante señalar que la eficacia depende del uso correcto del condón, como en los demás métodos, pero tiene mayor importancia, ya que es de los métodos que dependen del usuario y no de un médico, por lo que quien lo utilice debe conocer cada paso y llevarlo a cabo de manera apropiada.

Debe usarse un condón o preservativo nuevo, en cada relación sexual y desde el inicio del coito. En caso de ser necesario, se emplearán, únicamente, lubricantes solubles en agua, nunca en aceite, para evitar la pérdida de efectividad del preservativo (Secretaría de Salud, 2004).

Eficacia y efectividad

La tasa de rotura del condón masculino oscila entre 0,5-3 % y en esos casos se debe de cambiar de condón y tomar la pastilla de emergencia (Peláez, 2016). En general, las tasas de embarazo de condones sin látex son ligeramente mayores que las correspondientes a los condones de látex, pero dentro del rango considerado como aceptable para los métodos de barrera (Shuiling & Likis, 2013). Cuando se usan correcta y sistemáticamente, los condones evitan entre el 80% y el 95% de la transmisión del VIH que hubiera ocurrido sin ellos (OMS, 2011a). Los condones también ofrecen estadísticamente protección contra gonorrea, clamidia, virus herpes simple (HSV, por sus siglas en inglés) tipo 2, y sífilis y pueden proteger a la mujer de tricomoniasis. Mientras que los condones no aparecen ofrecer protección contra la infección del papiloma humano (HPV) (Shuiling & Likis, 2013).

Ventajas y desventajas

No tiene efectos secundarios, con excepción de las personas que sean alérgicas al látex, pero tienen la opción de condones hechos de poliuretano. Respecto a las

desventajas es que son controlados por los hombres. Los condones que contienen nonoxynol-9 pueden generar irritación genital en algunas mujeres. En un estudio donde se evaluó la irritación genital en hombres y en mujeres se encontró que las parejas femeninas en el grupo de poliuretano tuvieron significativamente menos dolor genital, prurito (picor en la piel), y dolor vaginal que sus contrapartes en el grupo del condón de látex. No se observaron diferencias entre los hombres (Steiner, Dominik, Rountree y Dorflinger, 2003; citado en Shuiling & Likis, 2013).

2.1.2.2 Espermicidas

Los espermicidas son barreras químicas que son usadas solas o en conjunto con una barrera física para prevenir el embarazo (Shuiling & Likis, 2013). Se introducen profundamente en la vagina, próximo al cérvix, antes del sexo, que matan el espermatozoide o enlentecen el movimiento (OMS, 2011a). El más ampliamente utilizado es el Nonoxinol-9 y otros son el cloruro de benzalconio, clorhexidina, menfegol, octoxinol-9 y docusato de sodio (OMS, 2011a). Puede ser formulado como gel, crema, espuma, supositorio, tableta espumosa, o capa y es generalmente proporcionado por dosis de 50 a 150 miligramos (Shuiling & Likis, 2013). Cuando se trata de cremas el vehículo es ácido esteárico y derivados, o glicerina. El espermicida es nonoxinol-9, o cloruro de benzalconio. Cuando se trata de óvulos el vehículo es manteca de cacao, glicerina, estearina o jabón. El espermicida es cloruro de benzalconio, nonoxinol-9, polietilenglicol de monoisoetilfenol, éter o éster polisacárido del ácido polisulfúrico y cuando se trata de espumas en aerosol el vehículo es polietilenglicol, glicerina o hidrocarburos y freón. El espermicida es nonoxinol-9, o cloruro de benzalconio (Secretaría de Salud, 2004).

La OMS (2011a) menciona los siguientes pasos para su uso:

1. Verificar la fecha de caducidad y evite usar espermicidas pasada esta fecha.
2. Si es posible, lavarse las manos con jabón neutro y agua limpia.

3. Espuma o crema: Agitar vigorosamente la lata de espuma. Vertir el espermicida de la lata o el tubo en el aplicador plástico. Introducir profundamente el aplicador en la vagina, próximo al cérvix y oprima el embolo.

4. Tabletas, supositorios, gel: Introducir el espermicida profundamente en la vagina, próximo al cérvix, con un aplicador o con los dedos. Película: Doblar la película por la mitad e introducirla con los dedos secos (de otro modo la película se adherirá a los dedos y no al cérvix).

La espuma o la crema se puede colocar en cualquier momento dentro de la hora previa al sexo. Las tabletas, supositorios, gel o películas, entre 10 minutos y una hora antes del sexo, dependiendo del tipo que se utilice. Se debe introducir espermicida adicional antes de cada acto sexual vaginal. No es recomendable ducharse porque lavaría el gel y se incrementa el riesgo de ITS, pero si se requiere, debe hacerse al menos 6 horas después del sexo.

Ventajas y desventajas

Respecto a las ventajas, los espermicidas que contienen N-9 son ampliamente disponibles como productos sin receta y no requieren prescripción ni visita médica (Shuiling & Likis, 2013). La desventaja es que no protege contra ITS e incluso el uso frecuente de nonoxinol-9 puede incrementar el riesgo de infección por VIH, ya que puede generar lesiones. Sin embargo, en un estudio realizado entre mujeres que utilizaban nonoxinol-9 un promedio de 3 veces a la semana, no se encontró un incremento en el riesgo de infección por VIH para usuarias de espermicidas comparado con mujeres que no usaban espermicidas. (OMS, 2011a; Shuiling & Likis, 2013). Su uso frecuente es asociado con el incremento de reportes de irritación vaginal. Como irritante, N-9 tiene el potencial de romper o dañar el tejido epitelial en el recto y la vagina. Estas rupturas se incrementan con el uso y la dosis. En cuanto al N-9, se recomienda (Shuiling & Likis, 2013):

- N-9 no deberá ser usado para propósitos de protección de ITS.

- N-9 no deberá ser usado por mujeres que tengan múltiples actos sexuales diariamente.
- N-9 no deberá ser usado por mujeres con alto riesgo de adquisición de VIH.
- N-9 no deberá ser usado de forma rectal.

2.1.2.3 Diafragmas

El diafragma es un capuchón de látex blando que cubre el cérvix. También hay diafragmas de plástico y silicona disponibles. El borde contiene un resorte firme y flexible que mantiene el diafragma en su lugar. Se utiliza con crema, gel o espuma espermicida para mejorar su eficacia. Viene en distintos tamaños y un proveedor con capacitación específica tiene que ajustarlo, pues incluso se recomienda un examen pélvico. Funciona impidiendo la entrada del espermatozoides al cérvix; el espermicida mata o inutiliza el espermatozoides. Ambos impiden que el espermatozoides entre en contacto con el óvulo (OMS, 2011a).

Sobre el ajuste del diafragma, la OMS (2011a) señala que el especialista debe seguir (en resumen y no detallado) los siguientes pasos:

1. Se deben utilizar procedimientos apropiados de prevención de infecciones.
2. La mujer está recostada igual que para un examen pélvico.
3. Se verifican las condiciones que pudieran impedir el uso del diafragma, tales como el prolapso uterino.
4. Se introducen los dedos índice y medio en la vagina para determinar el tamaño correcto de diafragma.
5. Se introduce un diafragma especial de ajuste en la vagina de la mujer de modo de cubrir el cérvix. Luego, se revisa la ubicación del cérvix y se asegura de que el diafragma quede adecuadamente ajustado y no se salga con facilidad.

6. Se le suministra a la mujer un diafragma que ajusta según corresponda y suficiente espermicida para que use con este y se le enseña a usarlo adecuadamente.

Si el diafragma está correctamente ajustado, la paciente no debería sentir nada dentro de su vagina inclusive durante el sexo.

Sobre el uso de la paciente, la OMS (op. cit.) señala que se debe explicar a la mujer la ubicación del pubis y del cérvix. También se tiene que explicar que el diafragma se debe colocar detrás del hueso púbico y cubre el cérvix. Después, se deben dar los cinco pasos básicos para su uso:

1. Vertir una cucharada de crema, gel o espuma espermicida dentro del diafragma y alrededor del borde. Para ello se debe lavar las manos con jabón neutro, revisar el diafragma sosteniéndolo a la luz para revisar que no tenga grietas ni agujeros, verificar la fecha de caducidad del espermicida e introducir el diafragma al menos 6 horas antes del sexo.

2. Presionar los bordes juntos; inserte espermicida en la vagina tan profundo como se pueda. Colocarse en una posición cómoda para ello.

3. Tocar el diafragma para asegurarse que cubra el cérvix. A través del diafragma, el cérvix se siente como la punta de la nariz. Si incomoda, se debe retirar y colocar nuevamente.

4. Mantenerlo colocado por lo menos durante 6 horas después del sexo. No excederse de las 24 H. Para múltiples actos sexuales, asegurarse de que el diafragma se encuentre en la posición correcta y también introducir espermicida adicional en el frente del diafragma antes de cada acto sexual.

5. Para retirarlo, deslizar un dedo por debajo del borde del diafragma para empujarlo hacia abajo y afuera. De preferencia, se deben lavar las manos con jabón neutro antes de retirarlo. Se debe lavar el diafragma con jabón neutro y agua limpia, también se debe secar después de cada uso.

El diafragma se debe colocar en un lugar fresco y seco, al igual que los espermicidas. Es recomendable cambiar el diafragma cada 2 años. Si la paciente tiene alergia al látex, es recomendable usar uno de plástico.

Eficacia y efectividad

Algunos estudios encontraron que las usuarias de diafragma presentan tasas más altas de embarazo cuando no lo utilizan con espermicida (OMS, 2011a). La eficacia anticonceptiva del diafragma es similar al condón masculino. Los diafragmas tradicionales son diseñados para usarlos en conjunto con un espermicida. Durante la excitación sexual la parte superior de la vagina se expande; así, diafragmas y otros dispositivos que estuvieran en contacto con las paredes vaginales durante el acto podrían dejar de proporcionar una barrera física completa a la migración de espermatozoides durante el coito (Shuiling & Likis, 2013).

Ventajas y desventajas

Debido a que se tiene que utilizar junto con un espermicida, las usuarias pueden manifestar los efectos secundarios de los mismos como la irritación vaginal e incluso se ha visto que las infecciones en el tracto urinario son más comunes en las usuarias de diafragmas que entre las mujeres que usan anticonceptivos hormonales. Lo anterior se puede deber a que el borde del diafragma puede ejercer presión contra la uretra, que puede ser percibido como frecuencia o disuria, o vaciado incompleto de la vagina, y que puede llevar a una infección. Otra razón es que los espermicidas usados con el diafragma pueden alterar la flora vaginal y pueden incrementar la probabilidad de bacteriuria por E. coli. Existe una posibilidad de tener un shock tóxico (fiebre alta repentina, erupción corporal, vómitos, diarrea, mareos por lo que no se deben dejar en la vagina por más de 24 horas y su uso durante la menstruación no es aconsejable (Shuiling & Likis, 2013).

2.1.2.4 Capuchón cervical

Se trata de un capuchón suave, de látex o goma plástica, que recubre el cuello cervical profundamente (OMS, 2011a). Más pequeños que los diafragmas o las barreras vaginales, mantienen su posición sobre el cuello del útero por succión, se adhieren al cuello del útero o a través de un diseño que usa paredes vaginales para apoyo (Shuiling & Likis, 2013). Impide que el esperma entre al cérvix, pero se debe utilizar junto con espermicidas. Al igual que el diafragma, se requiere que un especialista ajuste el tamaño dependiendo de la mujer.

Sobre su colocación, la OMS (2011a) señala los siguientes pasos:

1. Llenar una tercera parte del capuchón con crema, gel o espuma espermicida.
2. Presionar el borde del capuchón alrededor del cérvix hasta que esté completamente cubierto, presionando suavemente la cúpula para aplicar succión y sellar el capuchón.
3. Introducir el capuchón cervical en cualquier momento dentro de las 42 horas antes de tener sexo.

Para su extracción:

1. Dejar colocado el capuchón cervical durante un mínimo de 6 horas después de la última eyaculación de la pareja, pero no durante más de 48 horas desde la hora en que se colocó. Si se deja el capuchón colocado durante más de 48 horas puede aumentar el riesgo de síndrome de shock tóxico y puede producir mal olor y flujo vaginal.
2. Inclinar los costados del borde del capuchón para romper el sellado contra el cérvix, luego empujar el capuchón hacia abajo y fuera de la vagina.

El capuchón puede durar hasta 2 años con cuidados apropiados (Shuiling & Likis, 2013).

Ventajas y desventajas

En cuanto a su uso, se han registrado mayores problemas para la colocación y extracción de este método en comparación con el diafragma. También se han registrado infecciones en el tracto urinario, pero significativamente menor que en las mujeres que usaron diafragmas, pero no así en vaginitis, irritación, dismenorrea o cambios en las pruebas Pap (Mauck, et al., 1998; citado en Shuiling & Likis, 2013). No se debe de utilizar por mujeres alérgicas al látex. Al parecer la FemCap que es de los únicos que se venden en Estados Unidos no se encuentra disponible en México.

2.1.2.5 Esponja vaginal

También llamada esponja anticonceptiva o *Today Sponge* es de un solo uso, cómoda, absorbente, dispositivo de poliuretano contiene aproximadamente 1000 mg de espermicida nonoxynol-9; cuando está humedecido, la esponja gradualmente lanza 125 a 150 mg de espermicida por 24 horas de uso. Su principal efectividad anticonceptiva deriva del lanzamiento gradual de espermicida; también provee de una barrera física al cuello uterino y absorbe semen. La esponja vaginal puede ser usada por múltiples episodios de coito por 24 horas sin insertar más espermicida (Shuiling & Likis, 2013).

Eficacia y efectividad

Las tasas de embarazo son un tanto más altas entre las mujeres que usan esponjas que entre las mujeres que usan diafragma (Kuyoh et al., 2003; citado en Shuiling & Likis, 2013).

2.1.2.6 Condón femenino

Vaina o forro que se adapta holgadamente a la vagina; está hecho de un material plástico transparente, fino y suave (OMS, 2018b). Tiene aros flexibles en ambos extremos, tiene un aro en el extremo cerrado que ayuda a la inserción del condón. El aro del extremo abierto ayuda a mantener parte del condón fuera de la vagina. Están lubricados por dentro y por fuera con un lubricante a base de silicona. En algunos países hay condones femeninos de látex (OMS, 2011a). El condón original estaba hecho de poliuretano, pero en 2009 un modelo de segunda generación hecho de nitrilo, conocido como FC2, fue aprobado siendo más económico (Shuiling & Likis, 2013).

La OMS (2011a) señala cinco pasos breves para su colocación:

1. Se debe usar un condón para cada acto sexual. Al igual que con el condón masculino, se debe revisar la fecha de caducidad y el paquete. Si es posible, se recomienda lavarse las manos con jabón y agua.
2. Antes de todo contacto físico, introduzca el condón en la vagina. Puede colocarse hasta 8 horas antes del sexo. Para obtener mejor protección, introducir el condón antes de que tenga contacto con el pene. Se debe frotar juntos los lados del condón para distribuir bien el lubricante. Se debe sostener el aro por el extremo cerrado y apretarlo de modo que quede largo y angosto. Con la otra mano se debe separar los labios externos (labios mayores) y ubicar la abertura de la vagina. Suavemente se debe empujar el aro interno dentro de la vagina lo más que se pueda al introducir un dedo en el condón para empujarlo a su posición. Tienen que quedar cerca de 2 a 3 centímetros del condón y el aro externo fuera de la vagina.
3. Asegurarse de que el pene entre en el condón y se mantenga en su interior. El hombre o la mujer deben guiar cuidadosamente la punta del pene dentro del condón – y no entre el condón y la pared de la vagina. Si el pene sale fuera del condón, retirar y probar nuevamente. Si

accidentalmente se expulsa el condón fuera de la vagina o si se lo empuja hacia adentro durante el acto sexual, colocar nuevamente el condón en su sitio.

4. Después de que el hombre retire su pene, sostenga el aro externo del condón, gírelo para sellar dentro los fluidos y suavemente, retirar de la vagina. No es necesario retirar el condón inmediatamente después del acto sexual, pero sí se debe retirar antes de levantarse para evitar derramar el semen. No es recomendable reutilizar el condón.

5. Eliminación segura del condón utilizado. No se debe arrojar el condón en el inodoro, sino colocarlo en su paquete y arrojarlo a la basura.

No se debe de utilizar junto con el condón masculino o la probabilidad de que se rompa aumenta (Shuiling & Likis, 2013).

2.1.2.7 Esterilización

La esterilización es considerada un método permanente y se ha observado que su uso aumenta en grupos de personas mayores (Shuiling & Likis, 2013). Se debe de estar seguro al utilizar este método, pues es irreversible.

2.1.2.7.1 Esterilización femenina

La esterilización femenina es también llamada “esterilización tubaria”, “ligadura de trompas”, “anticoncepción quirúrgica voluntaria”, “salpingectomía”, “atadura de trompas”, “minilaparotomía” o “la operación” es anticoncepción permanente y pueden ser dos tipos de procedimientos:

- Minilaparotomía: Realización de una pequeña incisión en el abdomen. Se traen las trompas de Falopio a la incisión para bloquearlas o cortarlas. Según la OMS (2011a) el procedimiento general es:
 1. Se realiza un examen físico y un examen pélvico. El examen pélvico está destinado a evaluar la condición y movilidad del útero.

2. La mujer generalmente recibe una sedación liviana (con píldoras o por vía intravenosa) para relajarla. Se mantiene despierta. Se le inyecta un anestésico local por encima de la línea de vello pubiano.
3. Se hace una incisión pequeña vertical (2-5 centímetros) en el área anestesiada. Por lo general, causa poco dolor. (Para la mujer que acaba de tener un parto, la incisión se hace horizontalmente en el borde inferior del ombligo.)
4. Se inserta un instrumento especial (elevador uterino) en la vagina, atravesando el cérvix, entrando al útero para elevar las dos trompas de Falopio para que estén más cerca de la incisión. Esto puede provocar molestia.
5. Se hace la ligadura y se corta cada trompa o se cierran con un gancho o una argolla.
6. Se cierra la incisión con puntos y la cubre con una venda adhesiva.
7. La mujer recibe instrucciones sobre qué hacer al irse de la clínica u hospital. Usualmente puede irse en unas pocas horas.

- Laparoscopia: Inserción en el abdomen de un tubo largo y fino con una lente, a través de una pequeña incisión. Este laparoscopio le permite al médico ver y bloquear o cortar las trompas en el abdomen. Según la OMS (op. cit.) el procedimiento es el siguiente:

1. Se deben usar procedimientos correctos de prevención de infecciones en todo momento.

2. Se realiza un examen físico y un examen pélvico. El examen pélvico está destinado a evaluar la condición y movilidad del útero.

3. La mujer habitualmente recibe una sedación liviana (con píldoras o por vía intravenosa) para relajarla. Se mantiene despierta. Se le inyecta un anestésico local bajo el ombligo.

4. Se coloca una aguja especial en el abdomen de la mujer y a través de la aguja, insufla el abdomen con gas o aire. Esto eleva la pared del abdomen, y la separa de los órganos pelvianos.

5. Se hace una incisión pequeña (alrededor de un centímetro) en el área anestesiada e inserta un laparoscopio. El laparoscopio es un tubo largo y delgado que contiene lentes. A través de las lentes el proveedor puede ver el interior del organismo y localizar las 2 trompas de Falopio.

6. Se inserta un instrumento a través del laparoscopio (o, algunas veces, a través de una segunda incisión) para cerrar las trompas de Falopio.

7. Se cierra cada trompa con un gancho o una argolla, o con una corriente eléctrica aplicada para bloquear la trompa (electrocoagulación).

8. Se retira el instrumento y el laparoscopio. Se deja salir el gas o el aire del abdomen de la mujer. Se cierra la incisión con puntos y la cubre con una venda adhesiva.

9. La mujer recibe instrucciones sobre qué hacer una vez que se va de la clínica u hospital. Usualmente puede irse en unas pocas horas.

Existen una variedad de métodos para ocluir las trompas de Falopio, incluyendo electrocoagulación unipolar o bipolar; oclusiones mecánicas usando clips, anillos o bandas (Shuiling & Likis, 2013).

Eficacia y efectividad

Aunque su tasa de fracaso es baja, las fallas ocurren más frecuentemente en mujeres que son más jóvenes al momento de la esterilización. Los métodos con mayor fracaso fue la aplicación de clip de resorte laparoscópico (Peterson, et al, 1996, citado en Shuiling & Likis, 2013). Una de las técnicas más eficaces es cortar y atar los extremos cortados de las trompas de Falopio después del parto (ligadura de trompas posparto) (OMS, 2011a).

Ventajas y desventajas

Dentro de las desventajas, se ha observado que después de la esterilización, el riesgo de embarazo ectópico aumenta, aunque la OMS (2011a) señala que es lo contrario. Existen otros riesgos, pero que están asociados con los procedimientos usados como hemorragia, complicaciones de anestesia, infecciones y trauma o lesión quirúrgica. Otra desventaja es que las mujeres dejan de acudir a revisiones y dejan de utilizar métodos que les permitan protegerse contra ITS (Shuiling & Likis, 2013). Se recomienda utilizar anestesia local (OMS, 2011a).

2.1.2.7.2 Esterilización masculina

También conocida como “vasectomía” o “anticoncepción quirúrgica masculina” consiste en una incisión en el escroto bloqueando ambos conductos que transportan el esperma al pene mediante ligadura o calor, conocido como cauterización (OMS, 2011a). Debido a que el esperma representa solo el 5% del semen que es producido por la próstata y otras glándulas, solo hay una mínima disminución de la cantidad de fluido seminal después de este procedimiento (Shuiling & Likis, 2013).

Antes de realizarse la vasectomía, se debe de realizar un examen genital (OMS, 2018b). El procedimiento es el que a continuación se describe (OMS, 2011a):

1. Se deben usar en todo momento procedimientos correctos de prevención de infecciones.
2. El hombre recibe una inyección de anestésico local en el escroto para evitar el dolor. Permanece despierto durante el procedimiento.
3. Se palpa la piel del escroto para ubicar cada conducto deferente— los 2 conductos del escroto que transportan los espermatozoides.
4. Se hace la punción o incisión cutánea:

– Usando la técnica de vasectomía sin bisturí, el proveedor toma el conducto con pinzas especialmente diseñadas y hace una pequeña punción en la piel en la línea media del escroto con un instrumento quirúrgico especial afilado.

– Usando el procedimiento convencional, el proveedor hace 1 o 2 pequeñas incisiones en la piel con el bisturí.

En ambas técnicas puede utilizarse la electrofulguración, para bloquear los conductos deferentes (Secretaría de Salud, 2004).

5. Se eleva una pequeña asa de cada conducto desde el sitio de punción o incisión. La mayoría de los proveedores seccionan luego cada conducto y atan uno o los dos cabos con hilo. Algunos obturan los conductos con calor o electricidad. También pueden rodear un extremo del conducto en la capa delgada de tejido que rodea el conducto.

6. Se cubre la punción con un vendaje adhesivo y, si es una incisión, se puede cerrar con puntos.

7. El hombre recibe instrucciones sobre qué hacer luego de abandonar la clínica o el hospital. Es posible que se sienta mareado después del procedimiento. Primero se tiene que poner de pie con ayuda y debe mantener reposo de 15 a 30 minutos. Lo habitual es que pueda irse en el correr de la primera hora.

Se debe señalar que la vasectomía tiene efecto 3 meses (entre 15 y 20 eyaculaciones) después de la cirugía, por lo que en ese tiempo se debe de seguir utilizando algún método anticonceptivo y se sugiere acudir a cita médica para evaluar que ya no haya espermatozoides (Shuiling & Likis, 2013).

Eficacia y efectividad

Este método es considerado como permanente. Como tal, el método no es totalmente efectivo de manera inmediata, pues algunos autores señalan que después de 15 a 20 eyaculaciones, generalmente, se limpia el espermatozoides del tracto reproductivo (Shuiling & Likis, 2013), pero la OMS (2018b) señala que esto no necesariamente es así, por lo que lo recomendable es esperar un periodo de 3 meses y/o realizar un examen de semen ya que existe un riesgo de embarazo, lo

que implica utilizar algún método anticonceptivo hasta que el procedimiento sea considerado como fiable. Aún después de realizada la vasectomía, existe un riesgo después del año y hasta que la pareja alcance la menopausia (OMS, 2011a).

2.1.3 Métodos hormonales

Los métodos hormonales suponen un cambio radical en los métodos anticonceptivos al poder ser utilizados por la mujer sin la participación del hombre. Existen dos tipos de métodos hormonales, pues algunos contienen únicamente progestina y otros contienen progestina y estrógeno.

La Secretaría de Salud (2004) recomienda que las mujeres en periodo de lactancia solo utilicen métodos con progestina. La progestina es la versión sintética de la hormona endógena progesterona, que por sí sola es efectiva como método anticonceptivo pero que se ha encontrado que puede causar sangrado. Debido a lo anterior, se agrega el estrógeno, pues los patrones de sangrado son más predecibles debido a la estabilización del endometrio, pero el estrógeno por sí solo no es recomendable como método anticonceptivo, debido a que las dosis pueden causar efectos secundarios.

La mayoría de los métodos hormonales (a excepción de las píldoras de progestina sola y el LNG-IUS) tiene como efecto el prevenir la ovulación. Tanto la progestina y el estrógeno inhiben el eje hipotalámico-pituitario-ovárico y la posterior esteroidogénesis, empero cada una genera efectos diferenciados. La progestina previene la hormona luteinizante, lo que inhibe la ovulación; hace más espeso el moco cervical, inhibiendo el transporte y penetración del esperma; cambia la motilidad de las trompas de Falopio, afectando así el transporte de óvulos o espermatozoides; y causando que el endometrio se atrofie. Por otro lado, el estrógeno suprime la producción de la hormona estimuladora folicular, previniendo la producción de un folículo dominante (Shuiling & Likis, 2013).

2.1.3.1 Métodos hormonales combinados

Anticonceptivos orales combinados (AOC)

Los anticonceptivos orales combinados se clasifican en monofásicos y multifásicos (bifásicos o trifásicos), dependiendo de si la dosis de hormona es constante o variada. La mayoría contienen de 20 a 35 mcg de etinilestradiol y mestranol. Estos también contienen uno de los diferentes progestinas. Todas las progestinas disponibles en E.U.A son derivados de 19-nortestosterona, a excepción de drospirenona, que es el único derivado de la progestina y es un análogo de diurético espironolactona. No es recomendable que las mujeres con condiciones que las predispongan a hipercalcemia lo usen (Shuiling & Likis, 2013).

Las instrucciones incluyen las opciones de iniciar un Domingo, un inicio del primer día y un inicio del día 5. Estas opciones se basan en el principio de que los anticonceptivos orales combinados iniciados dentro de los primeros 5 días de la menstruación habrá protección en el primer ciclo. Debido a lo anterior, se debe utilizar algún método de barrera con los otros inicios para los primeros 7 días.

De acuerdo con el ciclo tradicional, la mujer toma 21 días de anticonceptivos orales combinados, seguidos de 7 días de píldoras no activas o sin píldoras. Se recomienda tomar la píldora a la misma hora para no olvidar su ingesta, así como evitar algunos efectos colaterales (OMS, 2011a). La diferencia entre las cajas con 21 y 28 píldoras, es que en la primera se debe esperar 7 días después de la última píldora para volver a tomar la píldora del siguiente paquete y en la segunda se continúan tomando las píldoras, que pueden ser de distinto color señalando que no contienen hormonas. Para no interrumpir el hábito, es preferible consumir las 28 píldoras.

En caso de que se haya omitido entre una y 2 píldoras, se deben tomar lo antes posible (incluso se pueden tomar 2 píldoras en el mismo día) y el riesgo de embarazo es bajo o nulo. Si se ha olvidado tomar 3 píldoras o más durante la primera o segunda semana, se debe utilizar un método de respaldo los siguientes 7 días y de haber tenido sexo en los últimos 5 días, se debe considerar la ingesta

de la píldora de emergencia. Si se omitieron 3 o más píldoras en la tercera semana, se debe tomar la píldora lo antes posible, terminar las píldoras del paquete, descartar las 7 píldoras no hormonales del paquete de 28 píldoras, comenzar un paquete nuevo al día siguiente, usar otro método los 7 días consecutivos y si se tuvo sexo en los últimos 5 días considerar la píldora de emergencia. Si la que se omitió fue una píldora no hormonal, entonces se debe descartar dicha píldora y seguir tomando las píldoras hormonales diariamente, así como comenzar el paquete nuevo como habitualmente se haría (OMS, 2011a). Si se ha optado por la caja de 21 píldoras y se exceden los 7 días sin píldoras, entonces se debe abstener del coito o utilizar algún método anticonceptivo adicional hasta que haya consumido 7 píldoras (Shuiling & Likis, 2013).

Ventajas y desventajas

Uno de los problemas es que las mujeres que optan por este método anticonceptivo pueden no ser constantes debido a los efectos que suelen tener como lo es el cambio de peso. Algunos de los efectos que son considerados como raros son la trombosis venosa profunda, aunque puede aumentar la probabilidad si se tiene un historial familiar con trombosis (Shuiling & Likis, 2013) o embolia pulmonar y como extremadamente raros son los accidentes cerebrovasculares y ataques cardíacos.

Anticonceptivos combinados parche y anillo vaginal

El parche anticonceptivo, o también conocido como Ortho Evra y Evra (Shuiling & Likis, 2013; OMS, 2018b) es del tamaño de una estampa de cuaderno que se aplica por la mujer en las nalgas, parte superior del brazo, abdomen y cualquier parte del torso a excepción de los senos. Para colocarlo se debe abrir el empaque a lo largo del borde, retirar el parche y despegarle la capa de atrás sin tocar la superficie pegajosa, colocarlo en el área seleccionada siempre y cuando esté limpia y seca, y finalmente apretar contra la piel la parte pegajosa durante 10

segundos mientras se desliza el dedo sobre el parche para asegurarse de que quede bien colocado. Se recomienda colocar siempre en la misma área para evitar irritación (OMS, 2011a).

Se utiliza una vez por semana durante 3 semanas y no se utiliza durante la semana de sangrado. Dicho parche libera 20 mcg diarios de etinilestradiol y 150mcg diarios de progestina norelgestromina, el metabolito activo de norgestimato (Nanda, 2007; citado en Shuiling & Likis, 2013).

Si se olvidó colocar un nuevo parche al inicio del ciclo, es decir, durante la primera semana, entonces se debe aplicar un parche lo antes posible considerando ese día como el nuevo día de cambio y utilizar un método de respaldo durante 7 días consecutivos. Si el retraso de la colocación del nuevo parche fue de más de 3 días y se tuvo relaciones sexuales los últimos 5 días, se deberá considerar el uso de anticonceptivos de emergencia.

Si el olvido ocurrió en medio del ciclo, es decir, durante la semana 2 o 3, y se atrasa 1 o 2 días se debe aplicar un nuevo parche, considerar ese día como el nuevo para cambiar el mismo y no se requerirá de un método de respaldo. Sin embargo, si el olvido fue de más de 2 días se deberá interrumpir el ciclo actual, comenzar un nuevo ciclo de 4 semanas aplicando un nuevo parche inmediatamente, considerar ese día como el nuevo para cambiar el parche y utilizar un método de respaldo por los siguientes 7 días.

Si se olvidó retirar el parche al final del ciclo, es decir, durante la semana 4, entonces deberá retirarse el parche, comenzar el próximo ciclo el día habitual del cambio del parche y no se necesitará el uso de algún otro método de respaldo.

Respecto al anillo vaginal, o también conocido como NuvaRing (OMS, 2011a; Shuiling & Likis, 2013) este no tiene color y es flexible, con un diámetro exterior cercano a 5 cm. Para su colocación la OMS (2011a) describe que se deberá elegir una posición cómoda (como levantar una pierna, estar en cuclillas o acostada), apretar los lados opuestos del anillo aproximándolos y suavemente presionar el anillo plegado colocándolo completamente dentro de la vagina. El anillo deberá estar colocado durante todo el día y toda la noche y no es necesario quitarlo durante el sexo. Para poder retirarlo, se debe enganchar con el dedo

índice, o apretar el anillo entre el índice y el dedo medio para jalar hacia afuera. En caso de que el anillo se salga, deberá enjuagarse con agua limpia y colocarlo inmediatamente. Se coloca en la vagina por 21 días y se retira por una semana durante el sangrado. Al igual que el parche, su función es liberar etinilestradiol (15 mcg por día) y 120 mcg de progestina etonogestrel el metabolito activo de desogestrel (Nanda, 2007, citado en Shuiling & Likis, 2013).

En caso de que se haya retirado el anillo por más de 3 horas durante la primera o segunda semana, se deberá colocar inmediatamente el anillo nuevamente y utilizar un método de respaldo por los siguientes 7 días. Si se retiró por más de 3 horas durante la tercera semana se deberá interrumpir el ciclo y eliminar el anillo. Durante las primeras 2 semanas se deberá insertar un nuevo anillo y se deberá mantener colocado por 3 semanas comenzando así un nuevo ciclo y usando algún método de respaldo por los siguientes 7 días. Otra opción es que si el anillo fue utilizado de manera correcta y continua por los últimos 7 días, se podrá dejar el anillo fuera y pasar los próximos 7 días de la semana sin anillo. Al terminar dichos días, podrá comenzarse un nuevo ciclo y utilizar un método de respaldo los primeros 7 días con el anillo nuevo. En el caso de haber esperado más de 7 días antes de insertarse un nuevo anillo o se mantuvo el anillo colocado por más de 4 semanas se deberá insertar un nuevo anillo de inmediato, comenzar un nuevo ciclo de 4 semanas y utilizar un método de respaldo por los siguientes 7 días. En caso de haber colocado un nuevo anillo con 3 o más días de atraso y no se tuvo sexo protegido los 5 días anteriores, se deberá considerar tomar anticonceptivos orales de emergencia (OMS, 2011a).

Ambos métodos buscan simplificar el tomar una pastilla diaria, impidiendo la ovulación al igual que los AOC's. En cuanto a su uso, es preferible comenzar a utilizarlo dentro de los primeros 5 días, al igual que los AOC's. No se recomienda su uso en mujeres que se encuentren en periodo de lactancia (OMS, 2018b).

Eficacia y efectividad

Se han registrado tasas de error más grandes en mujeres que pesan más de 90 kg (Nanda, 2007, citado en Shuiling & Likis, 2013). Una diferencia que podría tener un efecto en la eficacia con respecto a estos dos métodos, es que el parche es efectivo si está completamente adherido a la piel, sin embargo, la ubicación exacta del anillo no es crítico para su eficacia (Shuiling & Likis).

Ventajas y desventajas

Al igual que los AOC's, tanto el parche anticonceptivo como el anillo vaginal pueden generar un sangrado irregular, irritación en el área donde se coloca (en caso del parche), cefaleas, náuseas, vómito, sensibilidad y dolor en los senos, dolor abdominal, síntomas gripales y vaginitis (en caso del anillo vaginal) (OMS, 2011a). A pesar de que los niveles hormonales son más altos en el parche que en los AOC's, no necesariamente incrementan el riesgo de efectos secundarios.

En cuanto a los beneficios, la OMS (2011a) considera que son los mismos que los de los AOC's, empero Shuiling y Likis (2013) mencionan que debe tomarse con cuidado esta aseveración, pues aún faltan estudios que soporten esta teoría.

2.1.3.2 Métodos hormonales de progestina sola

Píldoras de progestina sola

Los anticonceptivos de progestina sola también son llamados “minipíldoras” o anticonceptivos orales de progestágeno solo (AOP) son píldoras que contienen progestina y cuya función es engrosar la mucosa cervical y distorsionar el ciclo menstrual incluyendo la liberación de óvulos. Debido a que no contienen estrógeno, son considerados como más seguros para aquellas mujeres que no pueden tomarlo y para las mujeres que se encuentran en periodo de lactancia (no

afectan la producción de leche), generando así una “doble protección”, dicha protección es muy cercana a 100% (Shuiling & Likis) pues como se ha revisado anteriormente, el periodo de lactancia por sí solo ofrece protección. Lo anterior no significa que las mujeres que no se encuentren en periodo de lactancia no pueden hacer uso de este método (OMS, 2011a). En Estados Unidos estas píldoras contienen 0.35 mg de noretindrona (Shuiling & Likis, 2013).

Las píldoras de progestina sola tienen similitudes con los AOC's, pero en este caso no existe una semana “libre de hormonas” y debe tomarse diariamente y a la misma hora siempre (op. cit). En cuanto a la toma de la píldora, las indicaciones son similares a los AOC's. Si se comienza dentro de los primeros 5 días de menstruación no se requerirá de algún método de respaldo, pero si se comienza después, entonces el método de respaldo deberá ser utilizado los 2 primeros días. En caso de que se omita el tomar una pastilla de 3 horas o más, deberá tomarse la pastilla inmediatamente (se pueden tomar dos en un mismo día e incluso al mismo tiempo), si la menstruación se presenta de forma regular se deberá utilizar un método de respaldo los siguientes 2 días, pero si se tuvo relaciones sexuales 5 días antes, entonces deberá considerarse la pastilla anticonceptiva de emergencia. Si se presentan vómitos o diarreas severas 2 horas después de tomar la píldora, se deberá tomar otra píldora y seguir tomando las píldoras como siempre (OMS, 2011a).

Inyección de progestina

La inyección de acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD), también conocida como “the shot”, “the jab”, “la inyección”, Depo, Depo-Provera, Megestron y Petogen (OMS, 2011a) fue aprobada como anticonceptivo desde 1995 y dicha inyección contiene 150 mg o 104 mg que puede ser autoadministrada. Se debe aplicar cada 12 semanas, aunque se ha señalado que el efecto es mayor a 12 semanas, pero se ha optado por dar instrucciones de esta forma ya que en una minoría de mujeres el efecto anticonceptivo expira (Shuiling

& Likis, 2013). Por otro lado, el enantato de noretisterona (NET-EN) es también conocido como Noristerat y Syngestral (OMS, 2011a).

Sobre la correcta administración de cada una (AMPD y NET-EN), se recomienda seguir los siguientes pasos (OMS, 2011a):

1. Asegurarse de que sean 150 mg (AMPD) y 200 mg (NET-EN), así como revisar la fecha de caducidad.
2. Utilizar una jeringa de 2 ml (AMPD) o de 2 o 5 ml (NET-EN) y una aguja intramuscular de 21-23 calibres (preferible de 19 en caso de NET-EN). Se recomienda utilizar, para cada inyección, una jeringa descartable que se inutilice al usar y aguja de un envase nuevo, sellado, con fecha de caducidad vigente y sin daños.
3. Lavarse las manos con agua y jabón, así como el sitio de inyección.
4. Agitar suavemente el vial (solo en caso de AMPD). Es recomendable entibiar el vial a temperatura ambiente antes de la inyección.
5. Perforar el extremo superior del vial con la aguja estéril y llenar la jeringa con la dosis apropiada.
6. Inyectar profundamente la aguja (brazo, cadera o nalga). No se debe masajear.
7. No reducir, doblar ni romper las agujas antes de descartarlas.
8. Colocarlos en un recipiente para la eliminación de elementos punzo-cortantes.
9. No reutilizar jeringas ni agujas, en caso de que sean reutilizables, se deberán esterilizar antes de cada uso.

Ambos comparten tanto similitudes como diferencias. Entre las similitudes se encuentran que ambos propician entre 1 y 2 kg de aumento de peso y su eficacia (abajo mencionada). Sin embargo, las diferencias son las siguientes (OMS, 2011a):

- El tiempo entre inyecciones de la AMPD es de 3 meses y de NET-EN es de 2.

- En el caso de la AMPD la inyección puede adelantarse 2 semanas y atrasarse 4, pero en el caso de NET-EN es de 2 semanas y no se requerirá de algún método de respaldo. Si se supera este periodo, entonces será necesario el método de respaldo.

- Ambas inyecciones son intramusculares en la cadera, parte superior del brazo o nalgas, pero la AMPD puede ser más dolorosa.

- En cuanto al sangrado irregular y prolongado, en la AMPD se da al inicio y en la NET-EN es durante los primeros 6 meses y los episodios de sangrado son más cortos que AMPD, pero después de este periodo, los patrones de ambas inyecciones son iguales. Después de un año el 30% de las mujeres no tienen menstruación en el caso de NET-EN y 40% en el caso de AMPD.

- En cuanto a la demora promedio de quedar embarazada al interrumpir las inyecciones, es de 4 meses más que para mujeres que usan otros métodos en el caso de AMPD y 3 meses en el caso de NET-EN.

Como con otros AOC's, se recomienda iniciar este método los primeros 7 días de menstruación, pues no se requiere de método de respaldo, en caso de hacerlo después de dicho periodo, se deberá utilizar uno de respaldo por los 7 días consecutivos (OMS, 2011a). En caso de olvidar la aplicación de la inyección y haber tenido relaciones sexuales los 5 días previos, es recomendable una pastilla anticonceptiva de emergencia (OMS, 2011a; Shuiling & Likis, 2013).

No se deberá utilizar este método si: se tienen menos de 6 semanas amamantando, si se tiene cirrosis hepática severa, tumor hepático, diabetes por más de 20 años, lesión por diabetes (arterias, visión, riñones o sistema nervioso), si ha tenido alguna vez infarto de miocardio, cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial, accidente cardiovascular, sangrado vaginal no habitual (podría entorpecer diagnóstico), si ha tenido cáncer de mama, si presenta alguna afección que podría aumentar la posibilidad de cardiopatía o accidente cardiovascular.

Implante de progestina

Los implantes son cilindros o cápsulas flexibles que se colocan debajo de la piel, en el brazo. Como su nombre lo indica, liberan progestina y no contiene estrógeno. La forma en la que actúa es que genera que el mucus cervical se vuelva más espeso, por lo que bloquea el movimiento de los espermatozoides e impide la liberación de óvulos. Debido a su naturaleza, es preciso que se coloque por un profesional y la mujer no puede dejar de usarlo por su cuenta. Además, prácticamente todas las mujeres pueden utilizarlo (OMS, 2011a).

Existen varios implantes (OMS, 2018b):

- 1) Los que contienen Levonorgestrel (LNG):
 - Norplant: Es un implante de 6 varillas, cada una con 36 mg de LNG (actualmente no se fabrican). Tiene una duración de 3 años (OMS, 2011a).
 - Jadelle: Es un implante de 2 varillas, cada una con 75 mg de LNG. Tiene una duración de 5 años (OMS, 2011a).
 - Sino-Implant (II): Es un implante de dos varillas; cada varilla contiene 75 mg de LNG. Tiene una duración de 4 años (OMS, 2011a).
- 1) Los que contienen Etonogestrel (ETG):
 - Implanon: Es un implante de una varilla que contiene 69 mg de ETG. Su duración es de 3 años.
 - Nexplanon: Al igual que el Implanon, tiene una varilla que contiene 68 mg de ETG.

Su aplicación es sencilla y normalmente toma unos minutos, dependiendo de la habilidad de quien lo coloque. El procedimiento de colocación es el siguiente (OMS, 2011a):

- 1) Se desinfecta el área.
- 2) Se inyecta anestesia local bajo la piel del brazo.
- 3) Se insertan los implantes justo debajo de la piel.

4) Posterior a la colocación de los implantes, se cierra la incisión con una curación adhesiva, se cubre la incisión con un paño seco y se envuelve el brazo con una gasa.

El procedimiento de extracción es el siguiente:

- 1) Se desinfecta el área.
- 2) Se inyecta anestesia local bajo la piel del brazo.
- 3) Se hace una pequeña incisión en la parte superior del brazo, cerca del sitio de inserción.
- 4) Se utiliza un instrumento para tirar del implante hacia afuera. Se puede presentar dolor o ardor durante el procedimiento y días consecuentes.
- 5) Se cierra la incisión con un vendaje adhesivo.

Como en otros métodos anticonceptivos hormonales, es preferible que se comience a utilizar durante los primeros 7 días después de iniciada la menstruación para que no requiera de otro método de respaldo, de otro modo lo requerirá. Es importante que la mujer acuda nuevamente a consulta antes de que el implante pierda su eficacia.

Eficacia y efectividad

La Secretaría de Salud (2004) menciona que su eficacia va disminuyendo después del primer año, llegando a tener un 96.5% al quinto año de su uso. No obstante, el implante es considerado como uno de los métodos más eficaces (Montenegro-Pereira, et al., 2005).

Ventajas y desventajas

Con respecto al aumento de peso, Bahamondes et al. (2018) mencionan que existe un aumento de peso de 3 kg para los implantes de ENG y 2.9 kg para los

implantes de LNG, mientras que para el DIU el aumento es de 1.1 kg (Shuiling & Likis, 2013), y otros autores (Montenegro-Pereira et al., 2005) señalan que el aumento puede variar dependiendo de la cultura. El efecto anticonceptivo es inmediatamente reversible una vez que se retira (Shuiling & Likis, 2013; Montenegro-Pereira et al., 2005).

2.1.3.3 Anticonceptivos intrauterinos

Existen dos tipos de DIUs (Dispositivos Intrauterinos). Uno de ellos tiene cobre (DIU-CU) y otro que libera Levonorgestrel (DIU-LNG) (OMS, 2018b). El primero es un pequeño armazón de plástico flexible rodeado de mangas o alambres de cobre con forma de T. Éste se inserta en el útero vía vaginal, atravesando el cuello uterino o cérvix (OMS, 2018b). El segundo también tiene forma de T, pero libera 20 mcg de Levonorgestrel (LNG) por día. Ambos son efectivos y llevan atados uno o dos hilos o hebras que atraviesan el cérvix, el DIU-CU puede estar en su lugar por al menos 10 años, mientras que el DIU-LNG por al menos 5 (Shuiling & Likis, 2013).

La OMS (2011a) señala que se debe tener cuidado con su colocación, por lo que considera pertinentes los siguientes pasos:

1. Se realiza un examen pélvico para evaluar elegibilidad. Se realiza el examen bimanual y luego introduce un espéculo en la vagina para inspeccionar el cérvix.
2. Se limpia el cérvix y la vagina con un antiséptico.
3. Se introduce lentamente la pinza a través del espéculo y cierra el tenáculo solo lo suficiente para mantener fijos el cérvix y el útero.
4. Se pasa la sonda uterina a través del cérvix para medir la profundidad y posición del útero.

De colocarse durante los primeros 12 días del periodo de menstruación, no se requiere de algún método de respaldo en el caso del DIU-CU, sin embargo, para el caso del DIU-LNG el periodo es de 7 días máximo, de no ser así, se

requeriría un método de respaldo o abstenerse de relaciones sexuales. En este caso es esencial un examen ginecológico para su uso (OMS, 2018b).

Eficacia y efectividad

Tanto Trussell (2011) como la OMS (2018b) hacen una distinción entre los diferentes DIUs con respecto a su eficacia y efectividad. Para el DIU-CU (ParaGard) la eficacia es de 99.6% y su efectividad es del 99.2%, mientras que para el DIU-LNG (Mirena) tanto la eficacia como la efectividad son de 99.8%. No obstante, Trussell et al. (2009) mencionaban que la eficacia y la efectividad aumentaban en el caso del DIU-CU siendo su eficacia del 99.4% el primer año, 99.4% el segundo año, 99.6% el tercer año, 99.8% el cuarto año y 99.9% el quinto y la efectividad con un 99.2% el primer año y un porcentaje igual a la eficacia del segundo al quinto año. Por otro lado, la OMS (2011a) menciona que después de 10 años de utilizar el DIU su eficacia es de 98%.

Ventajas y desventajas

Una de las desventajas más relevantes de ambos tipos de DIUs es que éste puede ser expulsado del útero de manera espontánea, sin que la mujer lo note. Esta expulsión puede estar relacionada con calambres o sangrado, por lo que se recomienda realizarse estudios periódicos para asegurarse de que el dispositivo se encuentra bien colocado (Shuiling & Likis, 2013). También es de considerarse que la expulsión del DIU se ha asociado con la edad, siendo las mujeres más jóvenes las más propensas a expulsarlo (Deans & Grimes, 2009). Esto implica una gran desventaja, pues la mujer podría no estar protegida sin saberlo, contrario a los otros métodos, los cuales dependen enteramente de la mujer. Otra de las desventajas que aún sigue en debate es si el uso de un dispositivo genera enfermedad inflamatoria pélvica o infecciones, pero Hubacher (2014) señala que en el caso del DIU-CU el riesgo puede ser muy bajo y presentarse durante el primer mes después de su colocación, aunque no se pueden sacar aún

conclusiones de lo anterior. Aunado a esto se ha asociado el uso del DIU con infertilidad de las trompas, pero la evidencia señala que es el uso del DIU y una exposición previa a *C. trachomatis* incrementa el riesgo, aunque son las ITS las culpables de la infertilidad y no el dispositivo en sí (Hubacher et al., 2001; citado en Hubacher, 2014).

Con respecto a su colocación, se ha señalado que puede ser doloroso y puede haber ciertas complicaciones. Para aportar evidencia sobre lo anterior Kebodeaux y Schwartz (2018) realizaron un estudio cuyo objetivo fue describir la colocación del DIU en población no sexualmente activa (NSA) y comparar la tasa de éxito con la colocación con cohorte sexualmente activo (SA). Para ello se revisaron los datos de mujeres 210 mujeres con (82) y sin historia sexual (coito) (128) de entre 10 y 20 años de edad. El ginecólogo era el único quien podía colocar el DIU y se tomó como medida el primer intento de colocación. Los resultados mostraron que las adolescentes NSA eran menores en comparación con el grupo SA de manera significativa, en tener necesidades especiales, haber tenido al menos un tratamiento anterior que afectara el ciclo menstrual. Las indicaciones más comunes para el uso del DIU en adolescentes sin experiencia sexual fueron sangrado uterino anormal (43.9%) y supresión menstrual (24.4%). La dismenorrea fue la indicación secundaria más frecuente en adolescentes NSA (30,5%). No se encontraron diferencias de éxito en la colocación en ambos grupos ni en la dificultad técnica, sin embargo, sí se encontraron diferencias en cuanto a la tolerancia, siendo las adolescentes NSA las que menor tolerancia presentaron (93.8% vs 81.7%). Se observaron pocos fallos de colocación, que podrían ser explicados por la tolerancia y la dificultad compuesta, así como el que no lo colocara un ginecólogo. También se han encontrado porcentajes de dolor severo y moderado en mujeres nulíparas (Deans & Grimes, 2009). Además, existe un pequeño riesgo de perforación.

Entre otras desventajas se encuentra que el sangrado se vuelve más prolongado, hay más calambres, más dolor durante la menstruación, en el caso del DIU-LNG también se tienen los efectos del levonorgestrel que es presencia de acné, cefaleas, dolor o sensibilidad en los senos, náuseas, aumento de peso,

mareos, cambios de humor, quistes ováricos (OMS, 2011a), además de no proteger contra ITS (OMS, 2011a; Shuiling & Likis, 2013).

2.1.4 Anticonceptivos de emergencia

Lo primero a señalar respecto al anticonceptivo de emergencia es que es el único que se utiliza después del coito y es, como su nombre lo señala, en caso de emergencia. Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE), también llamadas “del día después” y “de la mañana siguiente” pueden contener una combinación de progestina y estrógeno (OMS, 2011a). Existen cuatro métodos anticonceptivos de emergencia: pastillas anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel (PAE-LNG), pastillas anticonceptivas de emergencia combinadas (PAE combinadas), acetato de ulipristal (PAE-AUP) y el DIU-CU (OMS, 2018b). La manera en cómo funcionan estos métodos es demorando la ovulación, previniendo la fertilización o la implantación, por lo que no puede ser considerado como el causante de un aborto.

Las pastillas anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel contienen una sola dosis de 1.5 mg o dos dosis de .75 mg (se pueden tomar juntas) que se toman 12 horas aparte, y pese a que las instrucciones señalan que se debe tomar en un periodo máximo de 72 horas, son eficaces dentro de las primeras 120 horas después de haber tenido coito desprotegido. Las pastillas anticonceptivas de emergencia combinadas contienen al menos 100 mcg de etiliniestradiol y 0.50 mg de levonorgestrel por dosis y se debe tomar con 12 horas aparte. El acetato de ulipristal es un receptor modulador de progestina selectivo que consiste en una dosis de 30 mg. La mayor ventaja de éste es que su eficacia no disminuye dentro del periodo de 120 horas después del coito desprotegido. En cuanto al DIU-CU, puede ser colocado en un periodo máximo de 5 días después del sexo desprotegido, aunque este método es raramente utilizado (Shuiling & Likis, 2013).

Eficacia y efectividad

En el caso de las PAE depende del tipo de pastilla elegido, el índice de masa corporal, el día del ciclo menstrual y el tiempo transcurrido entre el acto sexual y la ingesta de la misma. Su eficacia se ve reducida después de las 96 horas (OMS, 2018b). La mujer puede utilizar un método anticonceptivo de inmediato, aunque debe considerarse un lapso si es que el método a elegir son las pastillas anticonceptivas (OMS, 2020).

Tabla 1

Eficacia, efectividad, ventajas y desventajas de métodos anticonceptivos

Tipo de método	Método	Eficacia	Efectividad	Ventajas	Desventajas
Métodos no hormonales	Abstinencia	100%		No requiere receta, reversibilidad inmediata, sin efectos secundarios, sin costo, accesible a todas las personas.	Puede ser “irreal”, no protege contra ITS si se tienen algún otro tipo de conductas sexuales.
	<i>Coitus interruptus</i> , “marcha atrás” (OMS, 2018a), “retirada”.	96% (Trussell, 2011).	73% (Trussell, 2011).	No requiere receta, reversibilidad inmediata, sin efectos secundarios, sin costo, accesible a todas las personas.	Se requiere de mucho control, no protege contra las ITS.
	Método de amenorrea de la lactancia, método de la lactancia y amenorrea (MELA) (Secretaría de Salud, 2004).	99% (OMS, 2018a), aunque depende de que se lleve a cabo dentro de los primeros 6 meses.	98% (OMS, 2018a).	No requiere receta, no tiene efectos secundarios, sin costo.	Exclusivo para mujeres que recientemente parieron (a excepción de las mujeres VIH positivo), no protege contra ITS.
	Método del	91% (OMS,	75% (OMS,	No requiere	Se debe

Tipo de método	Método	Eficacia	Efectividad	Ventajas	Desventajas
	ritmo, método del calendario, método de Ogino-Knaus (Secretaría de Salud, 2004).	2018a).	2018a).	receta médica, no tiene efectos secundarios, sin costo.	actualizar el cálculo de los días y podría resultar complicado para mujeres con periodos irregulares, se requiere de otro método de barrera durante los días fértiles, no protege contra ITS.
	Método de días fijos, método de días estándar.	95% (Trussell, 2011).	88% (Arévalos et al, 2002, citado en OMS, 2018a).	No requiere receta médica, no tiene efectos secundarios, sin costo, puede servir para parejas que deseen embarazarse.	Requiere cálculos constantemente, requiere de otro método de barrera y no protege contra ITS.
	Método de la temperatura basal corporal	99% (Trussell et al., 2009).	75% (Trussell et al., 2009).	No requiere receta médica, no tiene efectos secundarios, sin costo.	Se debe hacer un registro diario de la temperatura a la misma hora, se debe usar un método de barrera y no protege contra ITS.
	Método de ovulación de Billings, método del moco cervical (Secretaría de Salud, 2004)	97% (Trussell, 2011).		No requiere receta médica, no tiene efectos secundarios, no tiene costo.	Se debe revisar constantemente la mucosa cervical y no protege contra ITS.
	Método de los dos días	96% (Trussell, 2011).	86% (Trussell, 2011).	No requiere receta médica, no tiene efectos secundarios, no tiene costo.	Requiere de observaciones cuidadosas, requiere de un método de barrera en los días fértiles y no protege contra ITS.
	Método	98%	98%	No requiere	Requiere de más

Tipo de método	Método	Eficacia	Efectividad	Ventajas	Desventajas
	sintotérmico	(Trussell, 2011).	cuando se utilizó un método de barrera en días fértiles (Manhart et al., 2013).	receta médica, no tiene efectos secundarios, no tiene costo.	observaciones, no protege contra ITS.
Métodos de barrera	Condón masculino	98% (Trussell, 2011), 97% (Peláez, 2016).	82% (Trussell, 2011).	No requiere receta médica, no tiene efectos secundarios, si se usa correcta y sistemática evita entre el 80% y el 95% la transmisión del VIH que hubiera ocurrido sin ellos (OMS, 2011a), además de ofrecer protección contra gonorrea, clamidia, virus herpes simple tipo 2, sífilis y tricomoniasis en el caso de la mujer.	No ofrecen protección contra el Virus del Papiloma Humano, es controlado por los hombres exclusivamente.
	Espermicidas	82% (Trussell, 2011).	72% (Trussell, 2011), 79% (Peláez, 2016).	Algunos no requieren receta.	No protege contra ITS e incluso puede incrementar el riesgo de infección por VIH, ya que puede generar lesiones, irritación vaginal, el N-9 puede romper o dañar el tejido epitelial en el recto y la vagina.
	Diafragmas	94% (utilizando espermicida) (OMS,	88% (OMS, 2018a).	Se puede utilizar en varias ocasiones,	Si se usa junto con espermicida, aumenta el riesgo de

Tipo de método	Método	Eficacia	Efectividad	Ventajas	Desventajas
		2018a).		protege contra algunas ITS como la clamidia, gonorrea, enfermedad pélvica inflamatoria, y tricomoniasis, además de que no hay demora en recuperación de la fertilidad (OMS, 2011a).	contraer VIH (OMS, 2011a), además de que podrían tener irritación vaginal, las infecciones en el tracto urinario son más comunes, además de que no se recomienda usar durante la menstruación.
	Capuchón cervical	80% (OMS, 2011a; Shuiling & Likis, 2013), 91% si se usa con espermicida sin un parto previo (OMS, 2011a).	68% y 84% si se usa espermicida y sin parto previo.	La mujer controla el uso y no hay demora en recuperar la fertilidad.	Las mismas que con el uso de espermicidas y no protege contra ITS.
	Esponja vaginal, esponja anticonceptiva	80% y 91% en mujeres nulíparas (Trussell, 2011).	76% en mujeres que han tenido 1 o más partos y 88% en mujeres nulíparas (Trussell, 2011).	Lo controla la mujer.	Las mismas que poseen los espermicidas (si se usa) y no protege contra ITS.
	Condón femenino	95% (Trussell, 2011).	79% (Trussell, 2011).	Lo controla la mujer, ofrece protección contra ITS al igual que el condón masculino, lo pueden usar personas alérgicas al látex, tiene una textura más suave que el condón masculino y	Algunos hombres prefieren el condón masculino (Kulczycki, Kim, Duerr, Jamieson y Macaluso, 2004, citado en Shuiling & Likis, 2013).

Tipo de método	Método	Eficacia	Efectividad	Ventajas	Desventajas
				para algunas mujeres el anillo brinda estimulación adicional, además de poder agregarse cualquier tipo de lubricante (OMS, 2011a).	
	Esterilización femenina, esterilización tubaria, ligadura de trompas, anticoncepción quirúrgica voluntaria, salpingectomía, atadura de trompas, minilaparotomía.	99.5% (Trussell, 2011).		Disminución del riesgo de cáncer de ovario y menor riesgo de enfermedad de inflamación pélvica (OMS, 2011a; Shuiling & Likis, 2013).	No protege contra ITS.
	Esterilización masculina	<99.90% si se realizó un examen de semen y 97-98% si no se realizó (Trussell, 2011).	99.85% (Trussell, 2011).	El costo es menor que la esterilización femenina.	No protege contra las ITS, algunos hombres han experimentado dolor testicular crónico y en una proporción menor al 3% reportan dolor.
Métodos hormonales	Anticonceptivos orales combinados (AOC)	99.7% (Trussell, 2011).	91% (Trussell, 2011)-	Es controlado por la mujer, no interfiere con el acto sexual, protegen contra el cáncer de ovario, cáncer endometrial (hasta por 15 años o más después de utilizarlos), enfermedad pélvica inflamatoria, quistes	La toma de píldoras puede generar sangrado irregular, amenorrea, náuseas, cefaleas, mareos, sensibilidad en los senos, cambio de peso, cambios de humor o deseo sexual, en algunos casos

Tipo de método	Método	Eficacia	Efectividad	Ventajas	Desventajas
				<p>ováricos, anemia por deficiencia de hierro, reduce calambres menstruales, los problemas del sangrado menstrual, el dolor de la ovulación, el vello corporal y aparición de acné, como se señaló antes. Puede ser utilizado por mujeres de todas edades, a excepción de mujeres mayores de 35 años que fuman y no se requiere de análisis obligatorios para su uso (OMS, 2018a). Es un método que está relativamente al alcance de las mujeres y que ha sido investigado por más de 50 años, por lo que se tienen hasta 30 diferentes formulaciones disponibles actualmente (Shuiling & Likis, 2013). La fertilidad regresa rápidamente (Peláez, 2016).</p>	<p>puede empeorar el acné o combatirlo, vómito y diarrea (OMS, 2011a; Shuiling & Likis, 2013; OMS, 2018a) y cloasma (NOM, 1993; Shuiling & Likis, 2013). No protege contra ITS y existe un aumento de peso.</p>
	Anticonceptivos combinados parche y anillo	99.7% (Trussell,	91% (Trussell,	Mismos que los AOC y requieren	Mismos que AOC.

Tipo de método	Método	Eficacia	Efectividad	Ventajas	Desventajas
	vaginal	2011).	2011).	menos disciplina, pues su cambio es semanal.	
	Píldoras de progestina sola	99.7% (OMS, 2011a; Trussell, 2011).	91% (Trussell, 2011), 99% si la usa una mujer en periodo de lactancia (OMS, 2011a).	Reducción de menorragia, dismenorrea (Raymond, 2007b, citado en Shuiling & Likis, 2013), una disminución de los síntomas premenstruales, disminución de las infecciones del tracto reproductivo superior debido al moco cervical engrosado, disminución de riesgo de embarazo ectópico, lo pueden utilizar tanto mujeres que no pueden tomar estrógeno como mujeres en periodo de lactancia.	Sangrado irregular, dolor de cabeza, náuseas, sensibilidad en los senos, depresión y quistes ováricos benignos (Raymond, 2007b, citado en Shuiling & Likis, 2013), amenorrea, mareos, cambios de humor, dolor abdominal, aumento de tamaño de los folículos ováricos (en el caso de las mujeres que no se encuentran en periodo de lactancia) y la falta de protección contra las ITS (OMS, 2011a).
	Inyección de progestina	99.8% (Trussell, 2011).	94% (Trussell, 2011), 97% (OMS, 2011a).	El tiempo entre inyecciones es mayor en comparación con la frecuencia de otros AOC.	Sangrados irregulares, ausencia de menstruación, aumento de peso, cefaleas, mareos, distensión y molestia abdominal, cambios de humor, disminución de impulso sexual, pérdida de densidad ósea.
	Implante de	99.95%	99.95%	Mismas que	Mismas que

Tipo de método	Método	Eficacia	Efectividad	Ventajas	Desventajas
	progestina	(Trussell et al., 2009).	(Trussell et al., 2009).	AOC.	AOC.
	Anticonceptivos intrauterinos	<99%	<99%	La fertilidad es inmediatamente reversible, el DIU-LNG puede ayudar a proteger contra anemia por deficiencia de hierro y reduce síntomas de endometriosis (OMS, 2011a) y existe evidencia que señala que está asociado con reducción de riesgo del cáncer endometrial (Grimes, 2007; citado en Shuiling & Likis, 2013).	El DIU puede ser expulsado del útero de manera espontánea, puede haber calambres o sangrado si esto pasa. No protege contra ITS.
	Anticonceptivos de emergencia	El DIU-CU es eficaz hasta 99% si se coloca antes de las primeras 120 horas del acto sexual, las PAE de progestina tienen eficacia de 99% y las PAE de estrógeno y progestina combinados es de 98% (OMS, 2011a).		No genera infertilidad, no son peligrosas y no provocan aborto (OMS, 2011a).	Generan náuseas, vómitos, dolor abdominal, fatiga, cefaleas, sensibilidad en los senos y cambio de patrones en el sangrado (OMS, 2011a).

2.2 Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011) reportan un aumento drástico del uso de métodos anticonceptivos a partir de 1970. Esto representó un cambio radical, pues las personas tenían más opciones para decidir libremente sobre cómo y cuándo tendrían hijos.

Una de las preguntas que se han cuestionado diversos autores es qué tanto conocen los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos. Para ello, se han realizado estudios con el fin de desarrollar pruebas y evaluar el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en esta población. Jiménez y Vilchis (2016) realizaron un estudio de tesis con el fin de evaluar el nivel de conocimientos de métodos anticonceptivos en adolescentes de secundaria de Toluca. Reportaron únicamente que el instrumento fue validado por expertos en el área con un total de 27 ítems con tres opciones de respuesta (“sí”, “no” y “no sé”) que recopilaban información sobre “conocimiento de conceptos” (“¿conoces o has escuchado hablar acerca de algún método anticonceptivo?”, “crees que la píldora de emergencia no se recomienda usar de manera continua debido a su baja efectividad y la frecuencia de efectos secundarios”), “conocimiento del tipo” (“consideras que el método anticonceptivo salpingoplastia es permanente”, “conoces los métodos de barrera y cómo se utilizan”) y “conocimiento del uso” (“sabes cuál es la manera de usar inyecciones como método anticonceptivo”, “consideras que el condón masculino es una funda de látex que se coloca en el pene erecto antes de la relación sexual y que lo cubre por completo”). Los resultados mostraron que cerca del 65% tenía un “conocimiento medio”, 25% bajo y sólo 9% alto. Aunque la encuesta considera tres categorías distintas sobre los métodos anticonceptivos, las preguntas pueden ser tendenciosas y no evaluar si el estudiante realmente posee la información, además de que algunos conceptos resultan complicados para ellos o incluso se considera una pregunta de conocimiento el saber si han escuchado hablar sobre algún método.

Romero (2012), buscó conocer la relación entre el conocimiento de uso de métodos anticonceptivos y su uso en una muestra de estudiantes mexicanos de

secundaria. Se utilizó un cuestionario que consideraba preguntas poco pertinentes para adolescentes, por ejemplo, cuánto es la vida media del espermatozoide o la vida media del óvulo. La autora no reportó las propiedades psicométricas de dicho cuestionario. Los resultados mostraron que, en la evaluación inicial, cerca del 65% de ambos obtuvieron una calificación de “insuficiente”.

León y Gómez (2018) diseñaron un instrumento breve para evaluar conocimientos, prácticas y comportamientos sexuales en jóvenes españoles. Su instrumento constaba de nueve ítems, de los cuales dos demandaban información sobre el condón, uno sobre el coito interrumpido y el resto de pastillas anticonceptivas e ITS, con preguntas como “la marcha atrás es un método anticonceptivo bastante seguro”, “si se lava con cuidado podemos utilizar el preservativo varias veces” o “tomar pastillas anticonceptivas protege frente a las ETS”. La prueba demostró ser válida y confiable para jóvenes, sin embargo, ocho ítems resultaron ser muy fáciles, puesto que habían sido respondidos correctamente por más del 70% de los participantes. El que los ítems resulten tan fáciles para los participantes no permite evaluar qué conocen y qué no sobre los métodos anticonceptivos.

Menkes et al. (2006) utilizaron un instrumento que consideraba preguntas relacionadas con el uso de algunos métodos anticonceptivos como el condón, las pastillas anticonceptivas y método del ritmo. Las preguntas estaban dirigidas, en primer lugar, a evaluar si los participantes habían escuchado o conocían el método, con preguntas como “¿conoces o has oído hablar de las inyecciones anticonceptivas?” y, en segundo lugar, sobre el uso de dichos métodos, con preguntas como “¿cómo se usa el condón masculino?”, “¿cómo se usan los óvulos, jaleas, espumas o diafragmas anticonceptivos?” o “¿quién debe colocar un DIU o dispositivo intrauterino?”. Todas las preguntas tenían cuatro opciones de respuesta, de las cuales una era “no sé”. Aunque en este instrumento ya se consideraron preguntas sobre el uso de los métodos anticonceptivos, no fue así de toda la oferta, no se consideraron preguntas sobre los efectos del uso de los métodos anticonceptivos ni se consideraron preguntas sobre la pastilla anticonceptiva de emergencia, salvo si la conocían y si estarían dispuestos a

tomarla. Los resultados mostraron que el condón era el método del que tenían mayor conocimiento y las inyecciones constituyeron de las que menos información tenían.

En otros casos, se han realizado estudios que han tenido como objetivo evaluar el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos, sin embargo, utilizan cuestionarios o encuestas de las cuales no ofrecen sus propiedades psicométricas (Amaro et al., 2010; Sánchez-Meneses et al., 2015), aunque coinciden en que el nivel de conocimiento entre los adolescentes es bajo en general.

Existen diversas razones por las cuales las mujeres eligen algún método anticonceptivo e incluso por qué deciden cambiarlo. Como se ha descrito, cada método anticonceptivo posee ventajas y desventajas que pueden ser o no relevantes para cada mujer. Esto ha generado interés en conocer factores que determinen qué método se utiliza y las razones por las cuales se cambia de método (si es el caso). Un ejemplo de esto es el estudio realizado por Geist et al. (2019), que tuvo por objetivo explorar las respuestas de las mujeres a las preguntas de una versión adaptada de la encuesta PATH (Actitudes, momento y qué tan importante es la prevención del embarazo) sobre las actitudes hacia un embarazo hipotético, el momento y la importancia de prevenir un embarazo y probar asociaciones con la selección de los métodos anticonceptivos.

Se analizaron los datos de 3 130 mujeres que habían asistido a La Iniciativa Anticonceptiva (HER Salt Lake). Los criterios de selección fueron que la mujer tuviera entre 18 y 45 años, que fuera fluido en inglés o en español, deseosa de prevenir un embarazo en el año posterior y un teléfono celular y sólo se consideraron los participantes que estuvieron en los 12 meses de intervención y habían recibido métodos anticonceptivos gratuitos. La variable de interés fue la elección del método anticonceptivo, los cuales se categorizaron en: 1) anticonceptivo reversible de larga duración (implante, DIU hormonal y DIU no hormonal) y 2) otros métodos, que incluían a los de corta duración (por ejemplo, pastillas anticonceptivas, anillo vaginal, parche, condones, etc.). Las preguntas del PATH eran “¿cómo te sentirías si te embarazaras en el siguiente mes?” (sobre actitudes hacia el embarazo) con opciones de respuesta del 0 (“el peor

sentimiento que te puedas imaginar”) al 100 (“lo más feliz que te pudieras sentir”), “¿cuáles son tus futuros planes de embarazo” (sobre el tiempo) con opciones de respuesta “me gustaría embarazarme en los siguientes 5-10 años, pero no antes”, “no estoy segura de cuándo quisiera embarazarme”, “no planeo embarazarme en algún momento en el futuro”, y “¿qué tan importante es para ti no embarazarte hasta que estés lista?” (sobre la importancia de la prevención del embarazo) para aquellas que planeaban embarazarse en un futuro y “¿qué tan importante es para ti no embarazarte ahora o en el futuro?” para aquellas que no planeaban embarazarse con opciones de respuesta de 0 (“para nada importante”) al 100 (“lo más importante”).

El 65% de las participantes ($n = 2155$) era caucásica, el 57% ($n = 1908$) había estudiado la universidad o más, el 66% ($n = 2185$) no se encontraba estudiando, el 71% (2355) se declaraba exclusivamente heterosexual y el 63% ($n = 2079$) no había tenido algún embarazo previo. El 62% eligió el DIU o el implante. En general, el 24% deseaban embarazarse en los siguientes 2-5 años y el 30% en los siguientes 5-10 años, el 20% no sabía cuándo y el 26% reportaban que nunca lo harían.

Se encontró una menor importancia a la prevención del embarazo en aquellas personas con objetivos de embarazo a corto plazo (2-5 años) en comparación con las de largo plazo o que no sabían y aquellas que no planeaban embarazarse nunca. Además, aquellas que planeaban un embarazo a corto plazo mostraban mayores puntuaciones en felicidad ante un embarazo en el mes siguiente en comparación con todas las demás. Se observó una pequeña correlación entre la importancia de la prevención del embarazo y las emociones hacia un embarazo en el siguiente mes.

Se encontró que elegir el DIU o un implante era más probable para aquellas mujeres que tenían intenciones de prevenir el embarazo en comparación con aquellas que tenían la intención de prevenirlo en los siguientes 2-5 años. La felicidad hacia embarazarse se asoció con la selección de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, en donde a mayor felicidad, menor probabilidad de elegir uno de estos métodos. La importancia de la prevención del

embarazo no se asoció con la elección de algún método anticonceptivo. Finalmente se observó que una paciente hipotética que deseara embarazarse en un periodo de 5 años, pero que tuviera los sentimientos más negativos hacia el embarazo tenía una mayor probabilidad de elegir un método anticonceptivo reversible de larga duración en comparación con una persona que no quisiera embarazarse nunca, pero que tuviera sentimientos positivos hacia un embarazo no planeado.

En cuanto a los factores asociados con el cambio de método anticonceptivo, el estudio realizado por Simmons et al. (2018) tuvo por objetivo identificar los factores que se asociaban con el cambio temprano de método (cambio e interrupción) usando los datos recopilados a través del estudio de Iniciativa Anticonceptiva Reversible de alta efectividad (HER, por sus siglas en inglés), un cohorte prospectivo de acceso a anticonceptivos. Para lo anterior participaron cuatro centros de planificación familiar de Salt Lake County, los cuales proveyeron métodos anticonceptivos reversibles sin ningún costo a mujeres del 28 de marzo del 2016 al 25 de marzo del 2017, aunque se les proveyeron dichos métodos hasta por tres años.

Educadores de salud capacitaron a proveedores de las cuatro clínicas para discutir opciones de métodos alternativos y planes de contingencia en caso de que quisieran cambiar de método, pero no se evaluó la fidelidad de dicha capacitación. Los criterios de elección fueron: tener entre 18 y 45 años, hablar fluidamente el inglés o el español, desearas de prevenir un embarazo durante un año, tener un celular en funcionamiento y tener un ingreso por debajo del 300% del nivel Federal de Pobreza. Cuando los participantes elegían más de un método se consideraba al de mayor eficacia. A los participantes que hubiesen elegido la pastilla del día siguiente, el parche anticonceptivo, “nada” u “otros métodos” (no especificados) no se les consideró, pues eran muestras muy pequeñas y no se podía agregar con otra categoría de método, mientras que a los métodos no hormonales conductuales (condones femenino y masculino, retirada, diafragmas, capucha cervical y métodos basados en la conciencia de la fertilidad) se colocaron dentro de una categoría debido a sus bajos números de iniciación. Para conocer la

intención y los sentimientos alrededor de un embarazo potencial se realizaron las preguntas que evalúan actitudes, momento y la importancia de la prevención del embarazo (PATH, por sus siglas en inglés).

En cada seguimiento (uno, tres y seis meses) las participantes debían indicar qué método habían usado en los dos meses anteriores. Para reportar que una participante había cambiado de método debía: 1) declarar haber utilizado un método anticonceptivo diferente al que había declarado inicialmente y 2) no reportar haber utilizado el método inicial en las últimas 4 semanas o reportar que habían dejado de utilizar el método inicial. Para clasificarlas como discontinuación debían reportar ya sea: 1) no usar método anticonceptivo las 4 semanas anteriores o 2) reportar el haber dejado de utilizar el método inicial durante ese periodo sin la adopción de un método posterior. No se consideró a alguna participante como “cambiante” si utilizaba algún método anticonceptivo mientras esperaba uno de larga duración, siempre y cuando reportara posteriormente haber adquirido el de larga duración. Para la categorización de la razón por el cual cambiaron o discontinuaron el método se consideró: 1) efectos secundarios (dolores de cabeza, sangrado, etc.); 2) relacionado con el método (no quería tomar una pastilla cada día); 3) falla del método (embarazo); 4) cambio de método médicamente indicado (expulsión); 5) deseos de un embarazo; 6) no presentar riesgo de embarazo (no tener relaciones sexuales actualmente o no tener relaciones sexuales con hombres; 7) solución de problemas y experimentación (querer cambiar de método) y 8) otro (queja de la pareja).

Para los análisis estadísticos se excluyeron a aquellos que no respondieran la encuesta de seguimiento de 6 meses, por lo que se analizaron los resultados de 3688 mujeres. Los resultados mostraron que el 70% (2583) reportaron una continuación del método anticonceptivo que eligieron al inicio, un 10% (367) reportó al menos un periodo de discontinuación y un 12.4% (459) haber cambiado su método inicial en algún momento de los seis meses. Con respecto a los factores asociados a continuar o cambiar su método, se encontró que el haber elegido un método de corta duración se asoció tanto con el cambio de método como con la discontinuación del mismo. Con respecto a la

descontinuación, los factores que indicaron una mayor probabilidad fueron el pertenecer a una etnia hispana o una raza no-blanca, futuros planes de embarazarse y aquellas que no deseaban revelar sus sentimientos de control ante la posibilidad de un embarazo. Se observó una menor probabilidad de descontinuar en aquellas mujeres con algo de educación y el tener una carrera, aunque dicha asociación es débil considerando que los intervalos de confianza eran cercanos a cero. Con respecto a cambiar de método, el factor que se asoció con una menor probabilidad de cambiarlo fue el haber tenido hijos anteriormente.

Dentro del grupo de mujeres que cambiaron de método, se observó que la proporción más baja cambió al tener un método de larga duración inicialmente y la mayor proporción con aquellas mujeres que habían elegido un método de corta duración. Entre las mujeres que cambiaron, cerca del 37% cambió a un método de larga duración, cerca del 32% a un método hormonal de corta duración y el 31% a un método conductual no hormonal como condones o el método de retirada.

Con respecto a las razones por las cuales cambiaron o descontinuaron su método anticonceptivo inicial se encontró que 620 participantes reportaron al menos una razón específica para cambiar o descontinuar (54.6% cambiantes y 45.4% que descontinuaron), de las cuales el 73.2% ($n = 454$) reportaron los efectos secundarios como principal razón. Las mujeres que eligieron un método de corta duración reportaron efectos secundarios más frecuentemente que aquellas que eligieron de larga duración de manera significativa y dentro del grupo de mujeres que reportaron dichos efectos, el 67% reportó más de dos.

Las razones por las cuales las mujeres descontinuaron su método inicial fue por indicación médica, porque deseaban embarazarse o porque no existía un riesgo de embarazo. Por otro lado, las mujeres que reportaban experiencias o efectos secundarios, incluidos el sangrado, dolor, cambios de humor o problemas gastrointestinales eran más probables a cambiar de método que dejar de utilizarlo.

Es importante señalar varias cosas en el estudio previamente descrito. En primer lugar, aunque fueron mujeres quienes participaron en el estudio, se encontraban entre ellas personas transgénero y personas no conformes con su género, el rango de edad era grande y además obtuvieron información por parte

de los proveedores que pudo influir en la elección del método. Como también lo señalan los autores, el hecho de que el método no tuviera un costo pudo sesgar la decisión de cambiar, por lo que podrían observarse distintos porcentajes cuando se agrega el valor a los métodos.

Uno de los aspectos a resaltar es que los efectos secundarios fueron una de las principales razones por las que las mujeres cambiaban de método, lo cual las llevaba a utilizar un método no hormonal como el condón o la retirada. Lo anterior debe considerarse, pues cobra sentido que efectos secundarios orillen a las mujeres a utilizar un método como el de retirada, que podría ponerlas en riesgo de embarazarse o contraer una ITS. En este caso, sería ideal que adoptaran el condón como un método en el que no se enfrentarían a dichos efectos y las protegería tanto de infecciones como de embarazos. Además, considerar que aquellas mujeres que menos cambiaron de método fueron las que eligieron uno de larga duración, por lo que también es de considerarse una ventaja el promocionar estos métodos.

En México el uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes aún es un problema a resolver. CONAPO (2008) registraba en México que siete de cada 10 jóvenes tuvieron su primera relación sexual sin protección. Desde entonces, la tasa global de fecundidad (TGF) disminuyó de casi seis hijos por mujer en 1974 a 2.2 hijos en 2006. El porcentaje de mujeres en edad fértil unidas que utilizaba algún tipo de método aumentó de 30.2 en 1976 a 70.9 en 2006. Sin embargo, pese a que el 90% de las mujeres de 12 a 19 años habían escuchado hablar sobre algún método anticonceptivo, solo el 66.6% de mujeres y el 85.3% de los hombres entre 12 y 19 años reportó haber utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación, además, el uso de los mismos disminuye en su última relación sexual (Gutiérrez et al., 2013). Esto implica un problema toda vez que sigue existiendo un porcentaje considerable de mujeres que no utilizan el método en la primera relación y que, probablemente, esto sea el inicio de un hábito a no utilizar protección en sus relaciones sexuales posteriores. Si a esto se agrega que las mujeres no realicen pruebas para conocer si están infectadas por alguna infección

de transmisión sexual el riesgo aumenta con sus futuras parejas tanto de infectarlas como de infectarse.

Allen-Leigh et al. (2013) realizaron un estudio, cuyo objetivo fue revisar el estado del uso de los métodos anticonceptivos y la planificación familiar en mujeres mexicanas en ese momento. Para lo anterior, se analizaron las bases de datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2006 y 2012. Las variables que se analizaron fueron conocimiento correcto del uso del condón masculino, inicio de vida sexual, uso de métodos anticonceptivos en la última relación sexual y adopción de métodos anticonceptivos posterior al evento obstétrico, las cuales se analizaron por grupo de edad, estado civil y región geográfica.

Para la variable “conocimiento correcto del uso del condón” se consideraron las preguntas sobre que el condón podía utilizarse una sola vez y que previniera tanto un embarazo como infecciones de transmisión sexual (ITS). Para la variable de “uso de método anticonceptivo” en la última relación sexual se daban como opciones anticoncepción quirúrgica (ligadura de trompas o vasectomía reportada para la pareja masculina), condón, DIU, implante, métodos hormonales (pastillas anticonceptivas e inyecciones), pastillas de anticoncepción de emergencia (PAE), métodos locales o de barrera (óvulos, jaleas, espumas, diafragma, sin incluir condón), métodos naturales o tradicionales (Billings, calendario, abstinencia periódica, termómetro, retiro o coito interrumpido) y nada.

Para obtener la región geográfica los autores designaron tres subregiones: norte, centro y sur. Sin embargo, se consideró a la Ciudad de México como una cuarta subregión debido a la gran concentración de servicios de salud, densidad de población y bajo índice de marginación.

En cuanto al inicio de vida sexual, los resultados mostraron que el 19.2% de las mujeres de 16 años, 26.3% de 17 años, 45.7% de 18 y 54.8% de 19 años, 80% de 22 años y proporción cercana al 90% a partir de los 26 años ya la habían iniciado en el momento de la encuesta. Respecto al “conocimiento del uso del condón”, de las mujeres adolescentes que ya habían iniciado su vida sexual en el 2012 el 89% sabía que podía utilizarse una vez y el 82% sabía que prevenía un embarazo y protegía contra infecciones de transmisión sexual. Con respecto a las

que no habían iniciado su vida sexual, el 86% sabía que se podía utilizar una vez y el 82% que prevenía un embarazo y protegía contra ITS. Sobre su uso, se encontró un aumento del 31.8% en el 2006 al 47.8% en 2012 en general y por región geográfica de 31 a 47% en el norte, 36 a 49% en el centro, 22 a 44% en el sur y 36 a 56% en la Ciudad de México.

Sobre el uso de anticonceptivos en su última relación sexual el 36.7% de mujeres entre 15 y 19 años, 41.9% de entre 20 y 29, 47.9% de 30 a 34 años y 53.2% de entre 35 y 49 años reportaron no haber utilizado ningún método anticonceptivo. Sobre el método más utilizado en adolescentes el 47.8% reporta el condón masculino y menos del 10% reporta haber usado alguno de los otros métodos anticonceptivos: 7.4% reporta haber usado el DIU, 6.1% algún tipo de anticonceptivo hormonal y 4.3% indican haber utilizado la pastilla anticonceptiva de emergencia (PAE). Sobre los jóvenes de 20 a 29 años de edad, se reporta que el 33.8% utilizó el condón, el 9.2% el DIU, 8.9% métodos hormonales y 2.1% PAE. Con respecto a las mujeres de entre 30 a 34 años de edad, el 22.3% utilizó el condón, 14.1% el DIU y el 5.4% los métodos hormonales. Por último, en el grupo de mujeres de entre 35 a 49 años el 22.1% indicó utilizar la anticoncepción quirúrgica, el 14.7% el condón, 4.9% el DIU y 3.9% métodos hormonales y una pequeña proporción reporta haber utilizado el implante subdérmico.

El 53.1% de mujeres adolescentes de localidades rurales, el 63.9% de localidades urbanas reportaron haber usado algún método anticonceptivo en la última relación sexual y el 66% de localidades metropolitanas. En el grupo de mujeres de entre 20 y 49 años el 42.8% en zonas rurales, 44.9% en zonas urbanas y 54.3% en zona metropolitana.

Sobre el estado civil, el 74.4% de las mujeres adolescentes solteras reportaron haber utilizado algún método anticonceptivo en su última relación sexual, el 55.1% de las adolescentes separadas, viudas o divorciadas y el 51.2% de las mujeres casadas o en unión libre. En el grupo de edad de 20-49 años, el 57.2% de las mujeres solteras reportaron usar algún método, mientras que el 50.1% de las mujeres unidas y el 48.3% de las separadas, viudas o divorciadas.

Finalmente, respecto a la adopción de un método anticonceptivo posterior a un evento obstétrico, el 52% de las adolescentes, el 44.2% de las mujeres de entre 20 y 29 años, el 42.5% de las de 30 a 34 años y 39.2% de las de 35 años y mayores refieren no haberlo recibido después de su último parto o aborto. El método post obstétrico más utilizado es la anticoncepción quirúrgica en mujeres de 30 a 34 y 35 años y más y el DIU es el más utilizado entre las adolescentes y de 20 a 29 años.

Las autoras hacen un análisis sobre los objetivos planteados y sus resultados, encontrando lo siguiente: 1) el conocimiento básico del uso del condón mayor al 80% tanto en mujeres con y sin experiencia sexual, así como un incremento en el uso de ese método; 2) en ninguna región se logró aumentar la meta de aumentar el uso del condón al 70% en relaciones sexuales en menores de 20 años en el 2012; 3) se alcanzó el objetivo establecido para los Programas de Salud Reproductiva al incrementar la prevalencia de uso de anticonceptivos entre adolescentes unidas o casadas de 15 a 19 años (a 47% para el 2012) al 51.2% a nivel nacional, aunque existen brechas entre adolescentes según el área en la que viven; 4) no se logra la meta en ningún grupo de edad de aumentar la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos a 75% en mujeres en edad fértil en mujeres unidas o casadas; 5) se cumplió la meta planteada por la Secretaría de Salud de disminuir a 12.5% la brecha entre la población femenina rural y urbana o metropolitana en cuanto a prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre mujeres de 20 a 49 años, aunque en adolescentes es de 12.9%; 6) se confirman los resultados de la ENADID (2009) en donde uno de los grupos de población más vulnerable en términos de necesidad insatisfecha de autoconcepción son las adolescentes que viven en unión en comparación con las adolescentes sexualmente activas solteras o separadas; y 7) no se ha alcanzado la meta de que por lo menos el 70% de las mujeres adopten un método anticonceptivo después de un parto o un aborto, pues solo una de cada dos adolescentes adopta un anticonceptivo.

Los factores asociados a determinados tipos de métodos anticonceptivos son importantes, pues muchas veces estos podrían verse sesgados por mala

información. Sin embargo, es conveniente mencionar nuevamente que no se puede obligar a ninguna mujer a utilizar determinado método anticonceptivo e incluso a simplemente utilizarlo, pues eso atenta contra sus derechos.

2.3 Conclusiones

La planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos han significado un cambio en la organización familiar e incluso social moderna. Representa la libre elección del esparcimiento de los hijos y la toma de decisión de la vida misma. En cuanto al papel de la mujer, también ha significado cambio sobre los roles de género, toda vez que el poder posponer la maternidad le ha permitido tener un proyecto de vida como el poder estudiar una carrera y trabajar, así como el decidir si quiere hijos o no. También ha implicado un reto, pues si anteriormente las opciones eran muy limitadas y se tenía la creencia de que se debían aceptar los hijos que naturalmente se procrearan, ahora se requiere llegar a acuerdos en el que la mujer y el hombre que se involucren en un acto sexual decidan si se utilizará o no un método anticonceptivo y cuál (Lapeira et al., 2016).

Si bien la ciencia nos ha ofrecido una amplia variedad de métodos anticonceptivos que podemos utilizar según nuestras características, diversos autores señalan que no existe un método anticonceptivo ideal, pues dependerá de la motivación de la persona que lo utilice (Shuiling & Likis, 2013; Peláez, 2016), por lo que se debe asegurar el ofrecer toda la gama de métodos anticonceptivos disponibles con sus ventajas y desventajas para que sea la mujer o el hombre quien decida cuál se utilizará. Nuevamente se señala que el obligar a que se utilice determinado método anticonceptivo e incluso el colocar un método sin la autorización de la mujer significa una violación a sus derechos.

La abstinencia, pese a ser el método más eficaz, resulta un método que probablemente no responda a las características de los adolescentes, pues su empleo requiere de un control riguroso de la conducta propia que resulta complicada cuando se toma en cuenta que a esta edad la presión por el inicio de la vida sexual aumenta en comparación con edades tempranas claramente.

Empero, se debe considerar el recalcar a los adolescentes que son ellos mismos quienes deben decidir cuándo y cómo comenzar su vida sexual, pues si algún adolescente desea este método, se debe respetar y dotar de las habilidades para que pueda lograrlo hasta que decida lo contrario.

Con respecto al método de coitus interruptus sorprenden los nuevos hallazgos que refutan la idea sostenida de que el líquido pre eyaculatorio contenía espermatozoides y podía provocar un embarazo, así como el 96% de eficacia que reportó Trussell et al. (2009) si se emplea correctamente. Sin embargo, es necesario también reportar el porcentaje correspondiente al método tal y como se practica, que es de 73%, lo cual supone una disminución considerable. Aunque las ventajas parecen atractivas, resulta riesgoso considerar que los adolescentes utilicen este método, pues requiere de un control mayor y un alto riesgo de contraer infecciones. Además, es imperante rescatar que Vásquez et al. (2016) hacen énfasis en que esto puede suceder únicamente cuando se han tenido dos días de abstinencia previas, lo cual podría excluir a aquellos varones que hayan tenido relaciones sexuales en un periodo menor al de dos días. Promover el uso de este método tendría un efecto secundario altamente peligroso y podría, a su vez, reducir la motivación de adolescentes a usar el condón masculino que por tantos años se ha promovido. Es decir, pondría en riesgo no solo la salud de las personas, sino el largo camino que se ha recorrido sobre el uso del condón como aquel método capaz de brindar protección contra embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, considerando además que a pesar del esfuerzo no se ha logrado que la población a nivel mundial o nacional lo utilice correcta ni sistemáticamente.

Con respecto a los métodos de “conciencia de fertilidad” (temperatura basal corporal, de post ovulación, sintotérmico, de Billings) es importante observar que si bien su eficacia se encuentra por encima del 90%, además de llevar a cabo los cálculos correctamente, también se debe considerar que el resto de los días fértiles las mujeres sean capaces también de utilizar correctamente algún otro método, por lo que implica el conocimiento y habilidad para utilizar tanto el método natural como el método que se utilizará durante los días fértiles. La OMS (2011a)

reporta que para las mujeres que utilizan este método, en el primer año se producen 25 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan la abstinencia periódica, lo cual explicaría el porqué su eficacia de 95% disminuye a 88% como lo reportan Arévalos et al. (2002; citado en OMS, 2018). Aunque este método podría ser una herramienta útil para mujeres que no desean colocarse algún método o incluso que no cuentan con los recursos para utilizarlo, se deben explicar las consecuencias que esto implica, pues no solo se exponen a infecciones de transmisión sexual, sino que también se debe convencer a la pareja de abstenerse de relaciones sexuales en el periodo fértil.

Aunque no se debe forzar al adolescente a utilizar un método anticonceptivo determinado, es importante seguir las recomendaciones y lo que los estudios señalan, pues el hecho de que los métodos anticonceptivos reversibles y de acción prolongada posean una eficacia y efectividad mayor, el que sean en los que menos discontinuación se presenta, sean controlados por la mujer y requieran de menos conductas a emitir en el momento de tener una relación sexual (como el tener que negociar) hace de ellos de especial importancia a promover.

En cuanto al uso del condón masculino o femenino, se ha reportado que tienen un riesgo similar a la exposición de semen y éste depende de cómo se utilice. Aunque el condón femenino puede resultar en mayores problemas mecánicos (Macaluso et al., 2007), esto debería contrarrestarse con enseñar a los adolescentes a utilizarlo. Sin embargo, el condón masculino es más fácil de obtener, se conoce más y es más económico que un condón femenino, lo cual podría facilitar que los adolescentes lo utilicen.

Otro punto a señalar, es que los adolescentes deben tener acceso a métodos anticonceptivos sin la necesidad de un adulto, incluso la pastilla anticonceptiva de emergencia como lo recomienda la ENAPEA (CONAPO, 2015), pues el que se requiera de un adulto para su administración implica una barrera y propicia que los adolescentes opten por no conseguirlos con el fin de que sus padres o mayores no conozcan su vida sexual.

Se tiene que reconocer que cada método posee ventajas y desventajas, por lo que los adolescentes deben conocer cada una de ellas y decidir cuál es la que menos les perjudica, pues deben conocer todas las opciones e incluso considerarse los costos y los hábitos que estos implican, ya que podrían fungir como una variable sobre cuál método se puede o no utilizar.

Finalmente, aunque la mayoría de los métodos anticonceptivos están diseñados para que la mujer lo utilice, se debe informar y capacitar a los hombres, pues también está dentro de sus derechos decidir sobre su vida sexual. Además, el poder regular estas conductas en los hombres sería un beneficio indirecto para muchas mujeres, pues si el hombre está capacitado para utilizar el condón masculino y la mujer está motivada a que él lo utilice, la negociación sería prácticamente innecesaria. Tanto hombres como mujeres deben tener esta competencia, pues no solo se trata de evitar embarazos no deseados por las mujeres, sino promover la salud sexual en sentido amplio.

CAPÍTULO 3. MODELOS PSICOLÓGICOS EN SALUD

La salud había sido tema de estudio exclusivo de ciencias como la biología y se había aplicado en la medicina. Empero, se ha señalado que existe un componente conductual en el ámbito de la salud que resulta vital para poder comprender cómo un individuo puede llevar a cabo acciones que lo acercan o lo alejan de situaciones de riesgo. En un esfuerzo por poder comprender y cambiar las variables psicológicas que predicen las conductas preventivas o de riesgo en el ámbito de la salud, han surgido diferentes modelos psicológicos. Cada uno aporta las variables que se consideran necesarias para que se lleve a cabo una conducta, encaminadas a tomar acciones saludables para el individuo.

Si bien no todos parten de un cuerpo teórico, han tenido un impacto importante en el estudio de las variables que influyen en el uso del condón masculino, pues junto con el condón femenino, son los únicos que ofrecen una protección contra infecciones de transmisión sexual. Por tanto, cada modelo ha analizado sistemáticamente, bajo sus premisas, cuáles son aquellas variables que tienen un mayor peso explicativo.

3.1 Modelo de creencias de salud

El Modelo de Creencias de la Salud (MCS) surgió en respuesta a problemas de investigación aplicada en el Servicio de Salud Pública en las décadas de los 50 y 60, por lo que tanto la teoría como el modelo surgieron de manera simultánea. En aquella época, pese a que muchas pruebas de diagnóstico eran baratas o incluso gratis, las personas no las aceptaban en el marco de la prevención o de las enfermedades asintomáticas. Debido a lo anterior, se consideraba necesaria una teoría que pudiera trabajar con personas que no tuvieran una enfermedad discapacitante. La orientación que se tenía en aquella época, según Rosenstock (1974), era fenomenológica, lo que se traducía a que "(...) es el mundo del perceptor el que determina lo que hará y no el entorno físico, excepto cuando el entorno físico se represente en la mente del individuo que se comporta." (pp. 329).

Siguiendo esta línea en donde es la percepción el punto clave, se consideraba que existían regiones que eran valoradas positiva o negativamente, así como neutrales. Esto pondría a las enfermedades como "(...) regiones de valoración negativa de las que se podría esperar que ejerzan una fuerza que aleja a la persona de esa región, a menos que hacerlo requiera que ingrese en una región de valencia negativa aún mayor" (pp. 330). Así, para que una persona evitara enfermarse requeriría de tres cosas: 1) creer que es *susceptible*, 2) creer que dicha enfermedad tendría una *severidad* moderada en algún componente de su vida, y 3) creer que el hacer algo sería *benéfico* para reducir dicha susceptibilidad o reducir la gravedad de la enfermedad y no implicaría superar *barreras* psicológicas importantes como el costo, la comodidad, el dolor, la vergüenza.

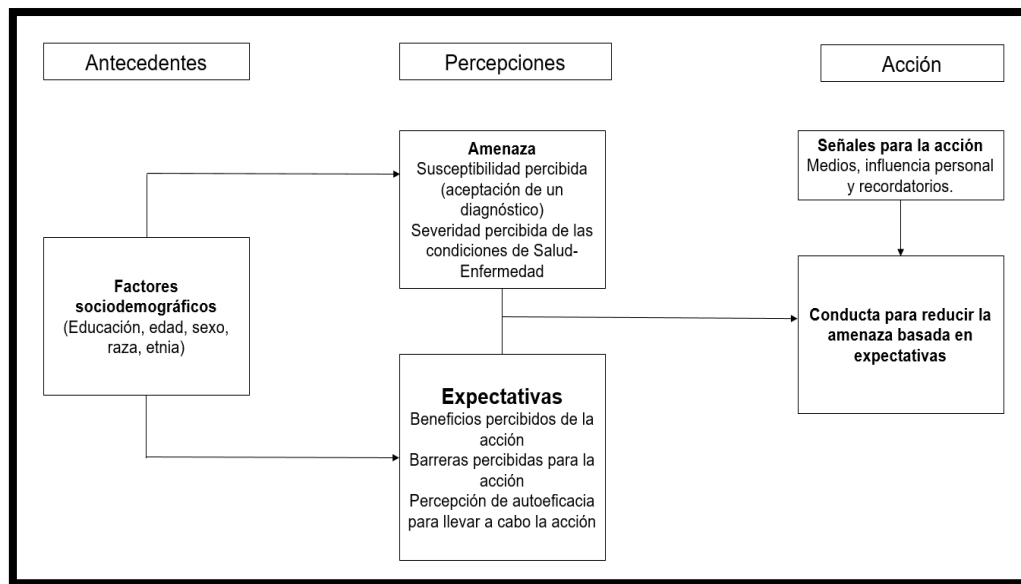
La *percepción de susceptibilidad* se refiere a "riesgos subjetivos de contraer una condición de salud" (Rosenstock, Strecher & Becker, 1994, pp. 8) incluyendo la aceptación de diagnósticos (Cabrera et al., 2001); la *percepción de la seriedad* a "(...) evaluaciones tanto de consecuencias médicas como clínicas (...) y posibles consecuencias sociales (...)" considerando a la susceptibilidad y gravedad como "amenaza percibida" (Rosenstock et al., 1994, pp. 8); *beneficios percibidos* que refieren a que la persona pueda percibir que, en efecto, los beneficios serán efectivos y reducirán la amenaza de enfermedad, es decir, los beneficios de tomar acciones saludables; y *barreras percibidas* que son aspectos negativos que se perciben como barreras para llevar a cabo las conductas recomendadas.

Sin embargo, aunque se pudieran contar con los niveles de severidad y susceptibilidad que forzaran a la acción y hubiera una percepción de beneficios, Rosenstock (1974) consideraba que debía ocurrir un evento de instigación que pusiera en marcha el evento y dichos eventos podrían ser internos (como la percepción de estados corporales) o externos (como interacciones personales). Empero, después (Rosenstock et al., 1994) mencionó que no había sido sistemáticamente estudiado.

Se agregaron “otras variables” debido a que podrían influir en el comportamiento, por lo que se consideraron a las variables demográficas, sociopsicológicas y estructurales. Se consideró importante agregar la variable de la *autoeficacia*, pues también debían sentirse competentes para implementar cambios. En la Figura 1 se describe el Modelo de Creencias de la Salud (Rosenstock et al., 1994).

Figura 1

Modelo de Creencias de la Salud (Rosentock, Strecher & Becker, 1994)



Se puede observar que el modelo nació desde una perspectiva para promover la salud y los conceptos están enfocados en que la persona hará algo en función de lo que cree (Cabrera et al., 2001), considerando que algunos factores sociodemográficos tendrán un peso importante, pues de ellos se desprenden las expectativas y las amenazas.

Este Modelo ha tenido críticas y una de ellas ha sido que no es congruente la relación entre las creencias de la salud y los comportamientos, además de no considerar el papel de las contingencias (Moreno & Gil, 2003).

3.1.1 Estudios de variables asociadas al uso del condón

Lin et al. (2005) realizaron un estudio que tuvo varios objetivos: a) para recopilar datos preliminares sobre el conocimiento del VIH/SIDA y el comportamiento sexual de inmigrantes taiwaneses de una muestra conveniente de estudiantes taiwaneses; b) evaluar la utilidad del MCS (Modelo de Creencias de la Salud) en la predicción del comportamiento sexual y el uso del condón en esta población; y c) examinar el efecto moderador de la aculturación en estas relaciones.

Participaron un total de 144 participantes Taiwaneses que fueron contactados mediante el contacto con varias organizaciones, con una edad promedio de 25.9 años ($DE = 5.4$) de entre 18 y 49 años; 67 fueron hombres (46%) and 77 fueron mujeres (54%). El 7% reportó una orientación bisexual, 3.5% homosexual y el resto heterosexual. Con respecto al nivel educativo, aproximadamente el 20% tenía un título universitario de 4 años; El 45% tenía una maestría o algún otro entrenamiento de posgrado predoctoral y el 8% tenía un doctorado. La mayoría de los participantes (80%) nacieron en Taiwán; el 20% restante nació en los Estados Unidos.

Se aplicó un cuestionario vía internet que recolectaba información demográfica básica, y evaluaba los constructos del MCS (cuatro subescalas, aunque los autores señalaron que este instrumento era psicométricamente problemático para la población), la autoeficacia sexual segura (subescalas de autoeficacia percibida para el uso del condón y autoeficacia percibida para mantener una relación sexual monógama), la aculturación (preguntas relacionadas con aspectos culturales como el idioma) y las conductas sexuales (a qué edad fue su primera relación sexual, preguntas sobre su experiencia sexual en los últimos 12 meses, número de parejas sexuales, frecuencia de relaciones sexuales, consistencia del uso del condón mediante escala Likert y uso del condón en la última relación sexual).

En los resultados se observó que aproximadamente dos tercios de los encuestados informaron haber tenido relaciones sexuales, con una edad media en la primera relación sexual de 20,9 años. Entre los que fueron sexualmente activos

en los 12 meses anteriores, el 11% no tenía una pareja estable y el 30% tenía dos o más parejas sexuales. Además, aproximadamente el 9% tuvo relaciones sexuales de cuatro a seis veces a la semana, el 28% nunca o casi nunca usó un condón durante la relación sexual, y el 54% informó haber usado un condón en la última relación sexual.

Con respecto a la variable de número de parejas sexuales, se encontró que los participantes que tenían educación superior y cuya orientación era lesbiana, gay o bisexual tenían más parejas. De los constructos del modelo, sólo la autoeficacia para mantener una relación monógama fue predictora.

Por otro lado, sobre la frecuencia de tener relaciones sexuales, los participantes que eran gays, lesbianas o bisexuales tenían más probabilidades de tener relaciones sexuales. De los constructos del modelo, la autoeficacia para mantener una relación monógama, la autoeficacia para el uso consistente del condón y las barreras percibidas fueron predictores significativos para tener relaciones sexuales. Al hacer un análisis de interacción entre datos demográficos y los constructos del modelo, se encontró que la aculturación interactuó con beneficios percibidos, susceptibilidad percibida y autoeficacia para el uso consistente del condón. Lo anterior indicó que el poder predictivo de estos constructos del modelo con respecto a la frecuencia de las relaciones sexuales dependía del nivel de aculturación. Entre más aculturados, estos constructos tenían más probabilidades de predecir la frecuencia de las relaciones sexuales. Sin embargo, las barreras percibidas y los beneficios percibidos fueron significativos en la dirección opuesta, lo que significaba que cuantos más beneficios se perciben con respecto a la acción protectora y más barreras se perciben al realizar esos comportamientos, menos relaciones sexuales se tienen.

Sobre el uso consistente del condón, los participantes que tenían una alta autoeficacia y que percibían el VIH/SIDA como menos amenazante usaban los condones de forma más sistemática.

Los autores hacen énfasis en el constructo de la autoeficacia como el que predecía mejor la conducta sexual. Las posibles explicaciones a esto fueron que las subescalas de los constructos no eran adecuadas para la población y que el

hecho de que la encuesta fuera realizada vía internet pudiera haber propiciado una muestra variada. Relativo a la interacción de la aculturación, señalan que las personas de Asia tienden a ser más conservadoras que las provenientes de Estados Unidos. Finalmente señalan que una de las limitaciones de su estudio es que los participantes no necesariamente fueron representativos de la población.

Otro estudio que consideró los factores del MCS fue el de Volk y Koopman (2001), el cual tuvo por propósito investigar la eficacia del modelo en el porcentaje de la varianza explicada respecto a la frecuencia del uso del condón entre los pacientes de una clínica ubicada en Kisumu, Kenya, examinar el conocimiento sobre el VIH/SIDA y las creencias culturales específicas relacionadas con el uso del condón, así como evaluar los factores asociados con la estigmatización del VIH.

Participaron 223 personas de seis clínicas gubernamentales privadas, quienes provenían de distintas tribus representativas de Kisumu; el 64% fueron mujeres y el total de la muestra tenía entre 13 y 54 años ($M = 28.4$ años, $DE = 8.3$).

Se administró un cuestionario anónimo que evaluaba las siguientes variables: frecuencia del uso del condón (escala tipo Likert), componentes del MCS (susceptibilidad percibida, beneficios percibidos, barreras percibidas y severidad percibida), conocimientos sobre VIH (preguntas relativas a la transmisión, prevención y tratamiento del VIH), el origen del VIH (se cuestionaba la creencia de que el VIH se había originado en Estados Unidos) y estigmatización (creencias sobre las personas con VIH).

Los resultados demostraron que los hombres habían tenido sexo sin protección con un promedio de 11.2 mujeres ($DE = 13.7$) y sexo protegido con un promedio de 4.8 ($DE = 7.1$). La mayoría de los hombres no habían usado condón en el mes anterior. Las mujeres reportaron haber tenido sexo sin protección con un promedio de 2.5 parejas ($DE = 2.6$) y sexo protegido con un promedio de 0.7 ($DE = 0.9$). Las mujeres eran menos propensas a usar condón en el mes anterior, con un promedio de 1.5 de frecuencia de su uso ($DE = 1.1$).

Sobre la frecuencia del uso del condón en hombres, se encontró que el estar casado fue la única variable demográfica que se relacionó con la frecuencia del uso del condón. El único componente del modelo que se asoció con el uso del condón fue el de las barreras percibidas, en donde a mayores barreras percibidas, menor probabilidad del uso del condón. Además, esta variable también se relacionó en los hombres que tenían mayor conocimiento y aquellos que creían que el VIH se había originado en Estados Unidos.

En el caso de las mujeres sobre la frecuencia del uso del condón con hombres, las únicas variables que se relacionaron significativamente fueron el estar casada y la percepción de barreras (menor probabilidad del uso del condón en esta última).

Con respecto a las creencias y conocimientos se encontró que cerca del 40% cree que el VIH puede traspasar el condón, que el lubricante puede contener VIH y que usar dos condones simultáneamente pueden prevenir el VIH. El 84% cree que no se puede transmitir el VIH de madre a hijo. El 24% cree que el VIH se originó en Estados Unidos.

Sobre la estigmatización, el 62% cree que el SIDA es un castigo para los pecadores y el 30% cree que es causado por fallar el seguimiento de las costumbres. La educación fue la única variable demográfica que se relacionó significativamente con el VIH, en donde a menor educación, mayor estigmatización. También se observó que tener mayor conocimiento se relacionaba con menos estigmatización y que aquellos que creían que el VIH había sido originado en EEUU eran más propensos a estigmatizar. Ninguna de las variables del modelo se relacionó con esta variable de estigmatización.

Los autores reiteran que las barreras percibidas fueron el único componente del modelo que se relacionó con el uso del condón, especificando las barreras que pudieran deberse a concepciones erróneas culturales como que el lubricante contiene VIH. Además, los autores señalan que podría ser que las mujeres no tuvieran las habilidades para transferir el conocimiento a acciones, pues obtuvieron niveles de conocimiento similares a los hombres, pero solo en el caso de los hombres la variable de conocimiento pudo predecir su uso.

Con respecto a algunas creencias, se encontró que la creencia de que el VIH era un castigo no tenía poder predictivo en el uso del condón.

Finalmente señalan que no se puede asegurar la generalización de los resultados, pues tan solo Kenya tiene más de 40 tribus con distintas creencias y costumbres.

3.2 Modelo de autoeficacia

Albert Bandura (1986; citado en Bandura, 1994; Bandura, 1999) propuso la Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social, que pretendía explicar el comportamiento con base en una triada de causación recíproca y que constaba de: 1) determinantes personales (factores cognitivos, afectivos y biológicos); 2) conducta; y 3) influencias ambientales. Al ser una causación recíproca, se comprende que operan como determinantes que interactúan entre sí.

En el Modelo de Autoeficacia se observa que uno de los elementos más importantes es la autoeficacia percibida, pues Bandura (1994) mencionaba que no era lo mismo el que una persona poseyera las habilidades autorreguladoras y que fuera capaz de usarlas efectiva y consistentemente. La clave para que eso ocurra es una fuerte autoeficacia en la eficacia para ejercer el control personal. Por ello, la autoeficacia percibida se refiere a las creencias sobre lo que pueden ejercer y, mientras mayor autoeficacia exista, menos influencia tendrán los factores sociales.

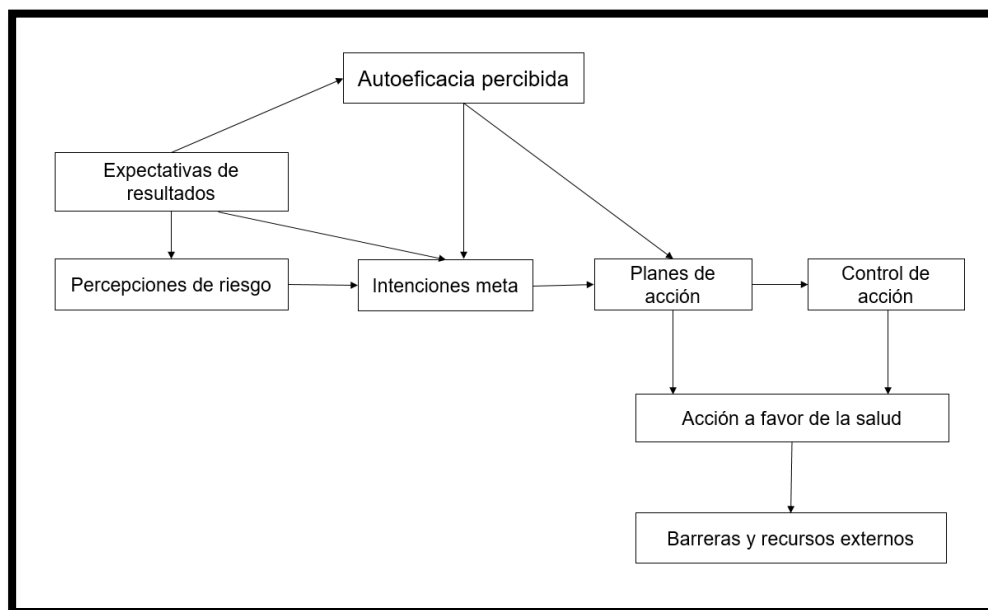
Debido a que la autoeficacia se considera como una variable independiente a las conductas y que, además tiene un papel más importante, en el modelo se observa que de la autoeficacia percibida se desprenden en primer lugar los planes de acción y de estos la acción a favor de la salud. De esta manera para poder promover conductas saludables se debe dotar al individuo de al menos la confianza en sí mismo y las habilidades.

La autoeficacia percibida afecta a las acciones no solo directamente, sino que también lo puede hacer a través de su impacto en otras clases de determinantes. Las *expectativas de resultados* que se refieren al producto de las expectativas en la que cierta conducta producirá ciertas consecuencias y el valor

de las mismas; las *intenciones meta*, que habla sobre las metas que se propone alcanzar una persona y las valoraciones para alcanzarla; la *planeación*, pues las personas pueden imaginarse escenarios y predecir eventos que los puede llevar a autorregular su propia conducta y así *controlar la acción*. Finalmente, las *barreras y los recursos externos* se refieren a los elementos implicados en las situaciones (Bandura, 1999). El Modelo se describe en la Figura 2.

Figura 2

Modelo de Autoeficacia (Bandura, 1999)



3.2.1 Estudios de variables asociadas al uso del condón

En un trabajo cuyos objetivos fueron evaluar el nivel de autoeficacia en el uso del preservativo en diferentes momentos de la relación sexual, averiguar si existían diferencias de género en una muestra de jóvenes universitarios e indagar la relación existente entre autoeficacia en el uso del preservativo y diferentes aspectos relacionados con la prevención de la transmisión del VIH, Ballester et al. (2013) aplicaron un Cuestionario de Prevención del SIDA (CPS) a un total de 3530

participantes. Del total de participantes, 1798 eran mujeres (50.9%) y 1732 hombres (49.1%). El rango de edades estaba comprendido entre 17 y 26 años ($M = 20.72$, $DT = 2.27$). La mayor parte de la muestra evaluada afirmó tener relaciones sexuales en el momento de la evaluación (82.1%).

Del CPS, se consideraron ítems relacionados con la autoeficacia en distintos momentos del acto sexual: antes de la relación sexual, en la compra del preservativo, en la negociación con la pareja, a la hora de ponérselo, en una situación en la que se ha consumido alcohol u otras drogas y en una situación de máxima excitación sexual. Además, se emplearon ítems sobre la frecuencia autoinformada de uso del preservativo, intención de conducta en una situación en la que no se dispusiera de preservativo, actitudes y percepción de riesgo. Por otra parte, para obtener el uso autoinformado del preservativo, además de evaluarlo en función de la práctica, del tipo de pareja y del consumo de sustancias, se calculó un índice compuesto a partir del sumatorio de todos los ítems incluidos en el componente conductual.

En cuanto a los resultados de la autoeficacia en el uso del preservativo en la muestra general, se encontró que el 67.9% presentó niveles medio-altos en la puntuación de autoeficacia en el uso del preservativo. En un análisis más detallado sobre el momento de la relación sexual, la muestra evaluada se sintió más autoeficaz si tenía que sugerir el uso del preservativo sin considerar que por eso la pareja podría rechazarles, y a la hora de sugerirlo a una nueva pareja porque pudiera pensar que lo hace creyendo que él/ella tiene alguna infección de transmisión sexual. Y, por otra parte, que a los jóvenes universitarios de la muestra les resultó más cómodo hablar de la utilización del preservativo que ponérselos en la relación sexual o comprarlos. Finalmente, mostraron menor autoeficacia en lo que respecta a la seguridad de poder parar en el momento de mayor excitación.

Sobre la autoeficacia para el uso del preservativo, pero analizándolo en función del género, fueron las mujeres las que obtuvieron una puntuación superior en la escala global de autoeficacia respecto a los hombres, siendo las diferencias estadísticamente significativas, además de que también obtuvieron mayores

puntajes en todas las situaciones analizadas, con la excepción en la comodidad o seguridad a la hora de comprar el preservativo, ítem en el cual los hombres obtienen una media superior a las mujeres.

Cuando se refiere al ámbito privado de una relación, ocurre lo contrario, es decir, las mujeres reportaron sentir mayor comodidad tanto en el momento de poner el preservativo como a la hora de hablar de su utilización antes de comenzar una relación sexual. En ambos grupos, las situaciones ante las que se perciben más autoeficaces, son aquellas que se refieren a una posible evaluación negativa o rechazo por parte de la pareja cuando se sugiere o propone el uso del preservativo. Sin embargo, el ítem que genera menor autoeficacia en ambos sexos es la seguridad de parar en el momento de máxima excitación para ponerse el preservativo o ponérselo a la pareja. Cabe destacar que es en esta situación donde mayores son las diferencias entre hombres y mujeres, siendo ellos los que se perciben mucho menos autoeficaces. Todas las diferencias anteriormente mencionadas fueron estadísticamente significativas.

En la relación entre autoeficacia y el uso del preservativo en distintas prácticas, se calculó la correlación de la puntuación global de autoeficacia con la frecuencia total de uso del preservativo no encontrándose relaciones significativas a nivel estadístico. Cuando se analiza esta correlación, pero en función del tipo de práctica, se observa que existe una correlación positiva entre la autoeficacia y el uso del condón en el coito vaginal, es decir, a mayor autoeficacia, las personas tienden a usarlo más. Respecto al tipo de pareja, se obtuvieron correlaciones positivas del uso del preservativo en parejas estables y en relaciones con parejas esporádicas, además de en relaciones que se mantienen bajo el efecto del alcohol y drogas. Esto significa que, a mayor puntuación de autoeficacia, mayor uso del preservativo en las situaciones descritas anteriormente.

También se analizaron las correlaciones entre la autoeficacia global y la intención de conducta, la percepción de riesgo y la confianza hacia el preservativo. Con respecto a la intención de conducta, se analizaron ante la posibilidad de mantener relaciones sexuales sin preservativo con alguna pareja esporádica mientras se tiene una pareja estable, se encontraron diferencias significativas y

positivas en no mantener relaciones sexuales e ir en busca de un preservativo. Por el contrario, se encontraron correlaciones negativas con el comportamiento que implica máximo riesgo, es decir, tener la relación de igual forma. No se encontraron diferencias con tener la relación evitando prácticas de riesgo. Sobre la variable de percepción de riesgo, con respecto a la probabilidad percibida de infectarse por VIH, se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas negativas. Mientras que el temor percibido correlaciona de forma significativa positivas. Finalmente, observamos correlaciones significativas positivas entre autoeficacia y confianza en el preservativo como método fiable de prevención del VIH.

Los autores resaltan que las mujeres no fueron quienes se sentían más eficaces y que tanto en los hombres como en las mujeres, el momento en donde se sienten menos seguros para usar el preservativo es en el momento de máxima excitación. Además, consideran que a pesar de que los roles sexuales han cambiado, siguen siendo los hombres quienes reportan mayor comodidad a la hora de comprar preservativos.

Considerando la autoeficacia como una variable digna de ser estudiada, Casey et al. (2009) realizaron un meta-análisis en estudios que consideraran la autoeficacia, la respuesta-eficacia (la creencia de una persona en la efectividad de las respuestas para controlar riesgos) y el uso del condón y que cumplieran con los siguientes criterios: a) emplear una medida de autoeficacia o respuesta-eficacia relacionada con la capacidad de practicar prácticas sexuales más seguras; (b) emplear una medida de prácticas sexuales más seguras: la intención de usar un condón, el uso del condón, el número de parejas sexuales, etc; y (c) proporcionar información suficiente para permitir la estimación de una asociación estadística entre las variables en (a) y (b).

La respuesta-eficacia fue considerada como el nivel en el cual los participantes creyeran que los condones fueran efectivos en reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual. La autoeficacia con aquellas medidas que abordaran la creencia de la capacidad de esa persona para usar condones.

Respecto a las variables resultado, se consideraron las siguientes: a) intenciones de usar condones, b) auto reporte de uso del condón, c) número de parejas sexuales y d) participación generalizada en conductas de riesgo. La suma de esto era considerada como el nivel de riesgo en que la persona se encontraba. Se consideró también analizar las diferencias de sexo y se consideró a los hombres que reportaran haber tenido sexo con otros hombres. Se consideraron también dos variables con respecto al estado de VIH: a) aquellos que reportaran o creyeran que eran VIH negativo y b) aquellos que se habían hecho pruebas de VIH.

Sobre el tipo de muestra, se codificaron de la siguiente manera: (a) estudiantes universitarios, (b) estudiantes de secundaria, (c) adultos mayores de 18 años, (d) personas solicitadas mientras se encontraban en una clínica de enfermedades de transmisión sexual, y (e) personas que admiten el uso de drogas por vía intravenosa.

Los resultados mostraron que la correlación promedio entre el uso del condón y la respuesta-eficacia fue positiva (promedio $r = .093$, $N = 11,568$, $k = 34$), lo que indica que los participantes que creían que los condones proporcionaban un medio eficaz para reducir la transmisión de las enfermedades de transmisión sexual informaron un aumento en las intenciones o el uso de condones. También se observó una correlación positiva entre la autoeficacia y el uso de condones (promedio $r = .244$, $N = 30,691$, $k = 100$). De entre estos dos predictores, la autoeficacia demostró ser más de dos veces mejor predictora.

Sobre las variables resultados, se consideró a cada una en función del tamaño del efecto. El efecto más grande se observó en los estudios que consideraron las intenciones para usar condones y la relación de ambos tipos de eficacia (promedio $r = .452$, $N = 6,184$, $k = 32$), lo que significó que ambos tipos de eficacia tuvieron la relación más grande para la intención de usar condones. La siguiente relación se observó en la medida general de riesgo reducido (promedio $r = .371$, $N = 2,828$, $k = 10$). La siguiente relación se observó en el auto reporte del uso del condón (promedio $r = .199$, $N = 12,171$, $k = 43$), lo que indicó que las personas con mayores creencias de eficacia del uso del condón (tanto de

respuesta como de autoeficacia) reportaron los mayores niveles de conducta del uso del condón.

Finalmente, se consideró la relación de eficacia del uso del condón con el número de parejas sexuales (promedio $r = -.073$, $N = 4,973$, $k = 10$), lo cual significó que, a mayor eficacia en el uso del condón, menor número de parejas sexuales.

Las muestras identificadas como heterosexuales indicaron una correlación promedio positiva entre la eficacia y las variables resultado (promedio $r = .199$, $N = 41,217$, $k = 125$). No obstante, las muestras de personas homosexuales (hombres) reportaron un mayor efecto (promedio $r = .305$, $N = 1,164$, $k = 31$), lo que significa que los hombres que tienen sexo con hombres son más propensos a tener una conexión entre la eficacia y el resultado.

Con respecto al VIH *status*, solo tres estudios reportaron a personas que eran VIH positivas y encontraron una relación positiva con eficacia (promedio $r = .333$, $N = 399$, $k = 3$), que comparado con aquellos que se consideraban VIH negativo (promedio $r = .202$, $N = 41,168$, $k = 131$) mostraron una relación mayor en el uso del condón.

Sobre el tipo de muestra que hubiera mostrado la mayor asociación entre las creencias de eficacia y el uso del condón fueron, en orden de mayor a menor, los estudiantes de preparatoria (promedio $r = .292$, $N = 12,068$, $k = 41$), usuarios de drogas vía sanguínea (promedio $r = .216$, $N = 2,034$, $k = 114$), estudiantes de secundaria (promedio $r = .200$, $N = 13,669$, $k = 32$) y adultos (promedio $r = .173$, $N = 4,603$, $k = 16$). Irónicamente, los que mostraron una menor asociación fueron las personas cuyos datos fueron tomados de clínicas de infecciones de transmisión sexual (promedio $r = .112$, $N = 2,736$, $k = 14$).

Los autores señalan que se encontraron correlaciones entre ambos tipos de eficacia y el uso de condones, sin embargo, la autoeficacia fue la que mostró una mayor relación. Sin embargo, se compara que, aunque la mayor asociación de la respuesta y autoeficacia se observó en la intención de usar condón, esto no concuerda al considerar que la asociación con el reporte del uso del condón fue mucho menor.

3.3 Modelo basado en la Teoría de Acción Razonada

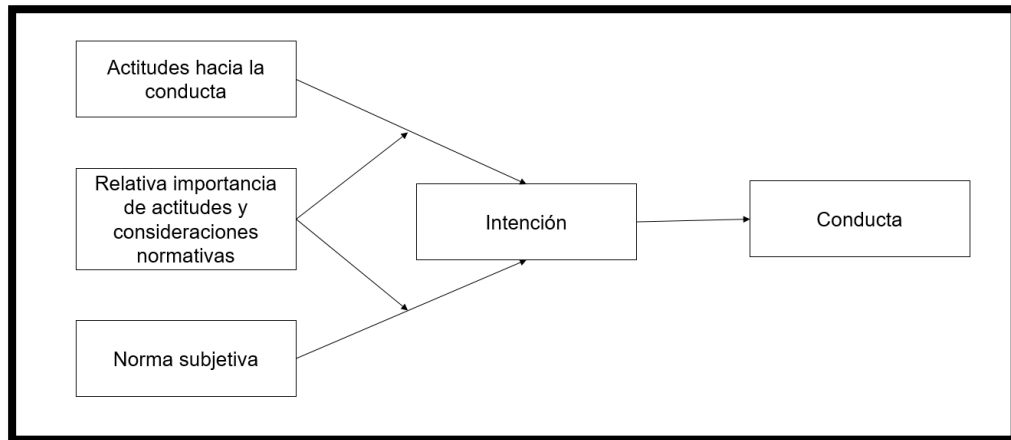
La Teoría de la Acción Razonada (TAR), propuesta por Fishbein y Ajzen (1975), considera como importantes las relaciones entre las creencias, actitudes, intenciones y la conducta. Asume una relación causal que relaciona a las creencias y la conducta.

La *conducta* es una función de la intención de llevar a cabo una conducta, la *intención* es una función de un sentimiento positivo o negativo hacia realizar la conducta y una percepción general de la presión social de llevar o no a cabo la conducta, las *actitudes* son una función de las creencias conductuales que el llevar a cabo la conducta dará lugar a determinados resultados y la evaluación de esos mismos resultados, y las *normas subjetivas* son una función de las creencias normativas de que los referentes específicos (es decir, ciertos individuos o grupos) piensan que uno debe o no debe realizar el comportamiento y la motivación para cumplir con esos referentes. Por lo tanto, "(...) la conducta está determinada por una estructura cognitiva compuesta de conductas subyacentes y creencias normativas" (Fishbein, Middlestadt & Hitchcock, 1994).

Como se observa en la Figura 3, las actitudes y consideraciones normativas y la norma subjetiva influyen en la intención, la cual es la que directamente determina la conducta. De esta forma, se considera que a cada conducta le corresponde una intención específica.

Figura 3

Modelo basado en la Teoría de Acción Razonada (Ajzen & Fishbein, 1980)



Desde esta postura se parte del supuesto de que, para cambiar la conducta, se deben “(...) identificar los tipos de conocimientos (o información) que deben proporcionarse y/o los aspectos estructurales que deben hacerse si alguien desea influir en la ejecución de alguna conducta dada” (Fishbein et al., 1994, p. 62), es decir, cambiar la estructura cognoscitiva, que involucra las creencias y que debe estar orientada a una conducta en específico. Además, se deben de cumplir dos cosas para que las intenciones puedan predecir la conducta: a) la medida de intención del investigador debe reflejar las intenciones respondientes tal y como existen antes de ejecutar la conducta, y b) la conducta debe estar bajo control volitivo (Ajzen, 1985).

3.3.1 Estudios de variables asociadas al uso del condón

Para aplicar esta teoría en la predicción del uso del condón, Bosompra (2001) evaluó las respuestas de 201 estudiantes universitarios, de los cuales el 66% eran hombres. Los participantes tenían edades entre 19 y 29 años ($M = 24.36$, $DE = 2.3$), siendo los hombres significativamente mayores. Se evaluaron las

intenciones, actitudes y normas subjetivas mediante preguntas relacionadas con el uso del condón.

Los resultados mostraron que el 89.1% había tenido relaciones sexuales anteriormente y de ese porcentaje, el 92.7% reportó haber usado condón en algún momento. No se encontraron diferencias en estas dos medidas en función del género.

Con respecto a las creencias, los participantes reportaron que el condón los protegía contra ITS y ayudaba a prevenir el embarazo y estaban parcialmente de acuerdo con que el condón podría reducir el placer sexual. Con relación a las normas subjetivas, la mayoría reportó que los doctores consideraban el uso del condón como una conducta aceptable, pero no así con los padres o con los amigos. Sobre las actitudes, la mayoría tuvo actitudes favorables en usar condón en cada acto sexual, además de que veían al condón como altamente ventajoso y neutrales con respecto a las desventajas de usarlo. También percibían presión normativa para utilizar el condón y tenían altas intenciones de usarlo.

En los análisis para probar el modelo, se observó que las intenciones correlacionaron significativamente con las ventajas, desventajas y las normas subjetivas. Las correlaciones entre las intenciones y las actitudes indicaron que cuando los estudiantes percibían más ventajas que desventajas con el uso consistente del condón, su intención para usarlo era más alta. Lo mismo pasaba con la correlación entre intención y normas subjetivas, pues mostraron que cuando los estudiantes creían que sus referentes pensaban que las personas sexualmente activas deberían usar condón, su intención para usarlo aumentaba.

Al analizar estas variables como predictoras, se encontró que las actitudes y las normas subjetivas fueron predictoras en la intención para usar condón, pero esto no ocurrió así con las ventajas. De estos dos predictores, las normas subjetivas se posicionaron como mejores predictoras que las actitudes y los factores críticos para las intenciones fueron creer que otros significativos pensaban que se debía usar condón y la percepción de que usar el condón podría arruinar el momento o reducir el placer, así como el valor que los participantes le daban a esas consecuencias.

En un análisis más detallado, se analizaron las diferencias entre los que sí tenían intenciones de usar el condón y los que no, encontrándose diferencias entre todas las creencias (sirve para prevenir ITS y embarazos, no arruina el momento y no reduce placer, en el caso de los que tenían la intención) y en los resultados de evaluación únicamente en que reducía el placer sexual (mayor en los que no tenían la intención). Finalmente, en cuanto a las creencias normativas, las creencias respecto a las expectativas de sus referentes fueron significativamente distintas entre ambos grupos.

Los autores señalan que, si bien la TAR implica una aproximación racional hacia la conducta, en el modelo no se consideran las emociones, pasiones u otros factores “del momento”. También mencionan que no era representativa de la Universidad y que las correlaciones no implican causalidad, pero que sí se observaron correlaciones entre los constructos propuestos por la TAR.

En otro estudio de Beadnell et al. (2008) se examinaron los roles de los factores cognoscitivos de la TAR para tres conductas sexuales seguras: monogamia y uso del condón con parejas estables, así como la intención de usar condón con parejas ocasionales, además de considerar factores intrapersonales, interpersonales y socioculturales que no están incluidos en la teoría.

Un total de 486 hombres provenientes de Estados Unidos participaron en el estudio, seleccionados del área con las mayores tasas de infecciones de transmisión sexual en Washington. Los criterios de selección fueron que tuvieran una edad entre los 18 y 40 años, que hablaran inglés, que fueran sexualmente activos con mujeres en los dos años anteriores y que no hubieran tenido relaciones sexuales con otro hombre en el año anterior. La mayoría se identificaba como blanco (54%), predominantemente de clase media y baja, con promedio de edad de 30.1 años ($DE = 6.2$), solteros (62%) y con un promedio de 1.4 parejas sexuales ($DE = 1.1$).

Respondieron el cuestionario con la ayuda de una computadora y se les dio un incentivo de \$20 USD por completar la línea base y un incentivo de \$50 USD por realizar el seguimiento cuatro meses después.

Las variables a medir fueron las actitudes, normas sociales, autoeficacia, intención, las conductas con la pareja estable (proporciones de diferentes tipos de sexo y la utilización del condón), variables intrapersonales (trastorno psicológico, uso de alcohol, uso de drogas y motivación de embarazo), interpersonales (riesgo percibido de ITS, normas de pareja, abuso doméstico y uso de métodos de control de natalidad en lugar de condones) y socioculturales (actitudes de roles hombre-mujer y frecuencia de asistencia a la iglesia).

En cuanto a los resultados de los constructos de la TRA y las tres variables dependientes (monogamia, uso del condón con pareja estable e intención del uso del condón con pareja casual) se encontró que, en el caso de la monogamia, las variables de trastorno psicológico, drogas y alcohol no tuvieron diferencias significativas, contrario a la motivación de embarazo y actitudes de los roles de género que la influenciaron directamente. Las variables ya mencionadas tuvieron un mayor efecto que las variables de autoeficacia e intención. Este modelo no cambió en el seguimiento.

En el caso del uso del condón con la pareja estable, los métodos de control de natalidad influyeron directamente en la intención, así como la norma de pareja. Ninguna otra variable tuvo un efecto directo.

Finalmente, en el caso de las intenciones para usar condón con una pareja ocasional, la variable del uso de drogas fue la única que tuvo un efecto directo con la intención. Ninguna otra variable de la TAR tuvo efecto.

Los autores señalan que, para las tres variables dependientes, fue la intención la variable que se relacionó más en comparación con las actitudes, normas sociales o autoeficacia, aunque esto se podría explicar al referir que Fishbein y Ajzen mencionaron que el peso de cada variable puede cambiar a través de la conducta y de las poblaciones.

3.4 Modelo basado en la Teoría de la Conducta Planeada

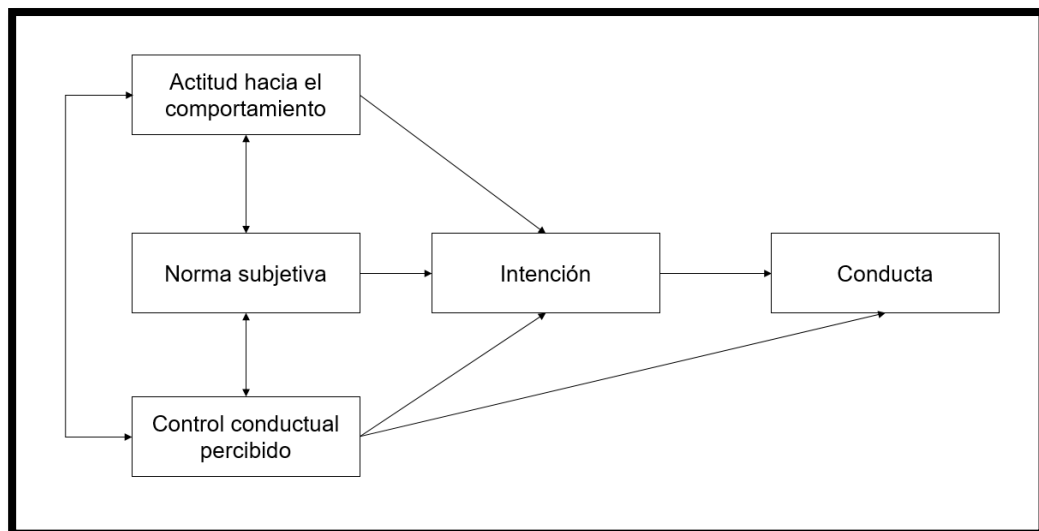
Al igual que en la TAR, Ajzen (1985) propone la Teoría de la Conducta Planeada (TCP), modificando la primera al tomar en cuenta el *control conductual percibido*. Esto se debe a que la precisión predictiva de la TAR disminuye cuando la

conducta es influenciada por factores en los que se tiene un control limitado (Ajzen, 1991). Sin embargo, sigue partiendo del supuesto de que las intenciones se relacionan directamente con la conducta, por lo que una de las premisas principales es identificar los determinantes de las intenciones.

Como puede observarse en la Figura 4, desde esta Teoría se siguen considerando las *actitudes*, la *norma subjetiva*, las *intenciones* y la *conducta*. Empero, el *control conductual percibido* es el nuevo constructo y, a diferencia de los anteriores, se relaciona tanto con las intenciones como con la conducta de manera directa.

Figura 4

Modelo de la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1991)



El *control conductual percibido* se refiere a “(...) las estimaciones de una persona sobre la probabilidad de que lleve a cabo cierta conducta” (Ajzen, 1985, p. 33). Así, la TAR es más precisa con conductas volitivas y cuando las probabilidades subjetivas de control actual no son ideales, la TCP es la que se debe utilizar (Ajzen, 1985).

3.4.1 Estudios de variables asociadas al uso del condón

Para evaluar la aplicabilidad de esta teoría, Schaalma et al. (2009) aplicaron un cuestionario a 15, 782 estudiantes en un ensayo controlado y aleatorio de 80 escuelas en Sudáfrica (Cap Town y Polokwane) y Tanzania (Dar Salaam). El 51.5% eran mujeres, con una edad promedio de 13.5 años, teniendo el 84.9% entre 12 y 13 años.

El cuestionario medía intenciones, actitudes, autoeficacia, uso del condón y susceptibilidad percibida, severidad, riesgos de salud sexual, norma interdictiva, norma descriptiva percibida, conocimiento, índices de exposición a violencia de pareja, acceso a condones y algunas variables demográficas.

En los resultados se observó que, con respecto a los constructos, las actitudes, la autoeficacia y las normas interdictivas se posicionaron como predictoras, explicando el 77% de la varianza total de las intenciones para usar condón. Con respecto a las variables sociodemográficas, el género (puntuaciones menores para las intenciones del uso del condón en el caso de las mujeres), ser un estudiante de Dar Salaam (puntuaciones menores en comparación con Cape Town y Polokwane), el estado socioeconómico (mayores intenciones en mayores estratos) y el acceso a los condones (mayores intenciones con quienes tenían mayor acceso) fueron predictoras.

Los autores señalan que el estudio soporta la aplicabilidad de la versión extendida de la Teoría de la Conducta Planeada. Sin embargo, hacen énfasis en aclarar que no es generalizable a otros contextos como Europa, pues el control percibido, las actitudes y las normas son radicalmente distintas, por lo que para poder comprender, se deben identificar las creencias salientes y los actores sociales de cada contexto. Mencionan que la principal limitación fue no haber incluido la conducta del uso del condón.

Para poder comparar las predicciones sobre el uso del condón desde la Teoría de la Acción Razonada y la Teoría de la Conducta planeada, Albarracín et al. (2001) analizaron artículos de estas dos teorías. Indagaron distintas bases además de solicitar a investigadores por artículos no publicados, contando

finalmente con un total de 96 artículos. Los criterios fueron que reportaran asociaciones entre variables relevantes para usar condón: conducta, intenciones, actitudes, normas subjetivas y control conductual percibido.

Del total de artículos el 75% provenía de Estados Unidos, mientras que Sudamérica y el Caribe aportaban 4% entre ambos. La edad promedio de los participantes fue de 26.75 años y el 48.68% de la población era femenina. El 46% del total se consideraba en un bajo riesgo, mientras que el 54% en un alto riesgo.

En los resultados se observó que las intenciones correlacionaron de una manera mayor con el uso del condón ($r = .45$) que el control conductual percibido ($r = .25$) de manera significativa. Las actitudes correlacionaron más que las intenciones ($r = .58$) que la norma subjetiva ($r = .39$) o que el control conductual percibido ($r = .45$) de manera significativa. La actitud indirecta correlacionó fuertemente con la actitud ($r = .56$) como con la norma subjetiva indirecta y norma subjetiva ($r = .46$). El condón fue predicho por las actitudes y las normas, las cuales fueron influenciadas por los grupos de creencias. La influencia del control conductual percibido en la intención fue moderada y su impacto directo en la conducta fue muy pequeña.

Se observó también que la TAR no ajustó bien con la población adolescente ni con muestras de estudios con poblaciones en bajo riesgo. Además, se hizo un análisis de dichas teorías con respecto a medidas predictivas o con conductas pasadas. En este caso, las intenciones correlacionaron mejor con las conductas pasadas que con las futuras (.57 vs .45), al igual que el control conductual percibido (.34 vs .25), de manera significativa en ambos casos, lo cual se traduce a que las inferencias de las personas acerca de su pasado influyen sus intenciones. Cuando se colocó a la conducta pasada como variable exógena, se encontró que, aunque la conducta pasada ejerció una influencia fuerte en actitudes, normas e intenciones, la mayoría de las asociaciones predichas por la TAR se mantuvieron de moderadas a fuertes. Sin embargo, la influencia de las normas subjetivas o intenciones disminuyeron su poder, al igual que la influencia del control conductual percibido en ambas intenciones y el uso del condón.

Los autores concluyen que, de manera general, ambas teorías son altamente efectivas para predecir el uso del condón. Empero, hacen una aportación al señalar que las personas son más propensas a usar condones si tienen intenciones previamente formadas. Dichas intenciones, señalan los autores, parecen haber derivado de actitudes, normas subjetivas y control conductual percibido. Dichas actitudes y normas parecen derivar de resultados de creencias normativas. En cuanto a los programas de intervención recomiendan la modificación de creencias e incrementar la presión normativa para llevar a cabo conductas preventivas, contrarrestar las consecuencias negativas de usar condones. Para inducir actitudes y normas sociales se debe incrementar el control conductual (ej. hablar sobre el uso del condón y saber utilizarlo), así como considerar las actitudes y no solo las normas o el control conductual percibido en aislado.

3.5 Modelo de información, motivación y habilidades conductuales

Un modelo que puso énfasis en las habilidades conductuales fue el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales, propuesto por Fisher y Fisher (1992). Dicho modelo surgió para conocer los elementos que determinaban la prevención del VIH, lo cual pudo influir en que en este modelo se le diera un lugar a las habilidades conductuales, considerando que el uso consistente del condón constituye una de las conductas preventivas claves en las infecciones de transmisión sexual.

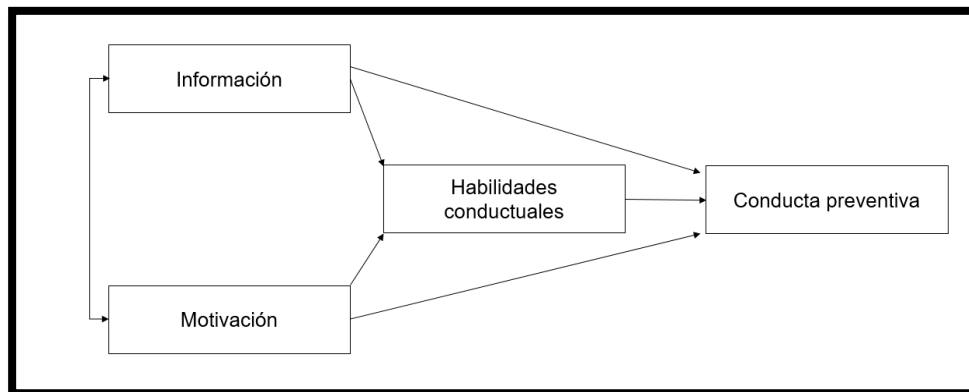
Desde este modelo existen tres elementos que propiciarán una conducta preventiva, los cuales son: la información, la motivación y las habilidades conductuales. La *información* se refiere a lo que se debe de saber para estar saludable y se considera un prerrequisito necesario para la conducta de reducción de riesgo (Fisher & Fisher, 1992), y debe ser comprensible para los individuos para que pueda concretarse en conducta (Barra, 2001); la *motivación*, que es una función de actitudes hacia actos preventivos, las normas sociales con respecto a la realización de tales actos (Fisher & Fisher, 1992; Fisher et al., 1996), y las percepciones de vulnerabilidad personal (Gerrard, Gibbons, Warner y Smith, 1993,

citado en Fisher et al., 1996; Rosenstock, 1974), así como ciertas respuestas emocionales (Barra, 2001); y las *habilidades conductuales*, que es realizar actos específicos de prevención, así como considerar la autoeficacia para llevar a cabo tales conductas (Barra, 2001).

Así, como se observa en la Figura 5, se entiende que la información y la motivación serán los componentes que mantendrán las conductas. Incluso Fisher et al. (1996) propusieron que la información y la motivación para la reducción del riesgo pueden tener efectos directos en el cambio de la conducta de riesgo del SIDA, por ejemplo, aun cuando las habilidades de comportamiento nuevas o complicadas no fueran necesarias para efectuar dicho cambio (como abstenerse de tener sexo o guardar los preservativos en su mochila en lugar de su cartera). Fisher y Fisher (1992) resaltan que la motivación y la información son independientes, pues no necesariamente quien tiene la información está motivado o viceversa. Es decir, según este modelo, para que una persona lleve a cabo conductas saludables, se requiere que posea la información adecuada y esté suficiente motivado.

Figura 5

Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (Fisher & Fisher, 1992)



Aunque los autores de dicho modelo consideran que este modelo es generalizable en todas las poblaciones, Barra (2001) menciona que se debe considerar el contexto específico de los tres elementos, así como de la población.

3.5.1 Estudios de variables asociadas al uso del condón

Un ejemplo de la utilización de este modelo para la predicción del uso del preservativo es el trabajo realizado por Paz et al. (2009), quienes también evaluaron la relación de las variables erotofilia y orientación de rol sexual. Participaron un total de 599 adolescentes colombianos, estudiantes de secundaria y sexualmente activos, de los cuales el 65.94% ($n = 395$) eran varones. La edad media fue de 15.58 años ($DT = 1.41$). En el 46.24% de los casos los adolescentes pertenecían a instituciones públicas.

Las variables consideradas fueron: erotofilia-erotofobia, orientación de rol sexual, conocimientos sobre el VIH/SIDA, actitudes hacia el VIH/SIDA, actitudes hacia el uso del preservativo, susceptibilidad ante la infección por VIH y autoeficacia en el uso del preservativo. En el caso del uso del preservativo se evaluaba con pareja estable y con parejas ocasionales.

Se observó en los resultados que hubo diferencias significativas en todas las variables. Respecto a la variable uso del preservativo, con sus parejas estables el 31.2% frente al 24.1% con sus parejas ocasionales, indicaron que nunca utilizaron el preservativo; estos porcentajes fueron de 29.8% y 23.3% para la categoría a veces utilizo el preservativo, y de 39% y 54.6% para el uso consistente del preservativo, indicando que se hace un mayor uso de él con las parejas ocasionales.

Se encontró una interacción de la variable sexo y estrato, la dirección de que en hombres la media en erotofilia es mayor conforme el estrato es más bajo, y en mujeres es mayor conforme mayor es el nivel socioeconómico que representa el estrato.

Sobre las variables del Modelo, la masculinidad correlacionó positivamente con el grado de conocimiento correcto e incorrecto acerca del VIH/SIDA; el grado de conocimiento correcto correlacionó positivamente con las actitudes positivas y el conocimiento incorrecto positivamente con las actitudes positivas y negativamente con las actitudes negativas. La actitud positiva correlaciona positivamente y la actitud negativa negativamente, con la

susceptibilidad. Por su parte, la susceptibilidad correlaciona con la autoeficacia, y esta última, con el uso del preservativo en la pareja estable y la ocasional. Se entiende que estas correlaciones son en cadena, pues si los conocimientos correlacionaron con las actitudes, las actitudes con la susceptibilidad, la susceptibilidad con la autoeficacia y la autoeficacia con el uso del condón, se entiende que cada variable tiene un peso en la última variable dependiente, según la interpretación del modelo.

Respecto al uso del condón con pareja estable y parejas ocasionales, se observó que la autoeficacia, la actitud positiva hacia las personas con VIH/sida y el nivel de conocimientos acerca del VIH/sida predijeron el uso del condón en el caso de la pareja estable. Por su parte, los predictores para el uso del preservativo en la pareja ocasional fueron la autoeficacia, la actitud positiva y negativa hacia el VIH/sida y por los conocimientos sobre el VIH/SIDA.

Los autores hacen énfasis en que las variables del modelo fueron predictoras directas del uso del condón, sin la necesidad de terceras variables. Además, que las personas que tienen una actitud más favorable al sexo y unos rasgos típicamente masculinos son las que tienen mejores conocimientos sobre el VIH/sida, y a la inversa.

Con base en este modelo, aunque en una versión modificada que incluía aspectos culturales, situacionales y recursos personales, Nöstlinger et al. (2010) se propusieron verificar los factores que predecían el uso consistente del condón con parejas estables en una muestra de hombres y mujeres heterosexuales en Europa. Los criterios para los participantes de dicho estudio fueron: que hubieran sido diagnosticados por VIH positivo con al menos 6 meses de anterioridad, haber comprendido las metas del estudio y que fueran capaces de leer y llenar un cuestionario de manera independiente. La muestra de dicho estudio comprendió 651 participantes, de los cuales el 56% ($n = 364$) eran mujeres (edad promedio de 39 años) y el 44% ($n = 287$) eran hombres (edad promedio de 43 años). Del total de la población, el 57% de mujeres y 47% de hombres adquirieron el VIH por vía sexual.

Se les entregó un cuestionario a cada participante. Se tomaron medidas sobre la información (variables relacionadas al conocimiento y creencias estereotipadas de la salud), la motivación (variables sobre actitudes, norma subjetiva y vulnerabilidad percibida), habilidades conductuales (autoeficacia y ayuda requerida relacionada con el uso del condón, sexo más seguro y comunicación acerca de la sexualidad), recursos personales (satisfacción con el estado de salud, considerando uso de drogas, cambios de actividades sexuales desde el diagnóstico, salud mental y deseos de hijos), recursos económicos (empleo, dificultades económicas y estado de relación de pareja), recursos culturales (educación y antecedentes migratorios), recursos sociales (ayuda profesional y discriminación percibida), factores situacionales y relacionados con la pareja (si consumían drogas antes o durante el sexo, si su pareja tenía VIH y prácticas sexuales), conducta preventiva de VIH (variable dependiente evaluada por las prácticas sexuales y el porcentaje del uso del condón).

En los resultados se encontró que 398 habían tenido al menos un encuentro sexual con una pareja estable durante los últimos 6 meses, de los cuales más de la mitad de las mujeres y 60% de hombres estaban en una relación serodiscordante; 15% de mujeres ($n = 38$) y 26% de hombres ($n = 116$) reportaron haber tenido sexo con una pareja casual; 51% de mujeres ($n = 116$) y 59% de hombres ($n = 99$) reportaron usar consistentemente el condón (haber usado siempre condón con sus parejas estables).

En cuanto a las diferencias en función del género, se encontró que, en ambos géneros, hubo una relación positiva asociada a la norma subjetiva para usar el condón y una alta autoeficacia, mientras que se encontró una asociación negativa con el estado del VIH positivo o desconocido. En cuanto a las mujeres, la divulgación de su estado de VIH a parejas estables también se asoció negativamente con el uso del condón. En los hombres, la educación superior, el conocimiento sobre sexo seguro, el tratamiento antirretroviral y la percepción de discriminación por parte de los proveedores de atención médica aumentaron el uso del condón, mientras que el uso de medicamentos para mejorar la erección lo disminuyó.

Las actitudes positivas para el uso del condón y la norma subjetiva fueron los que mejores predictores de la autoeficacia para adoptar el uso del condón; en el caso de las mujeres, la autoeficacia fue mayor que para aquellos con un apoyo grande de la pareja y sin antecedentes migratorios, mientras que para los hombres los niveles más altos de ansiedad, sentirse deprimidos, baja satisfacción con la sexualidad y una mayor percepción de vulnerabilidad estuvieron asociados con la disminución de la autoeficacia.

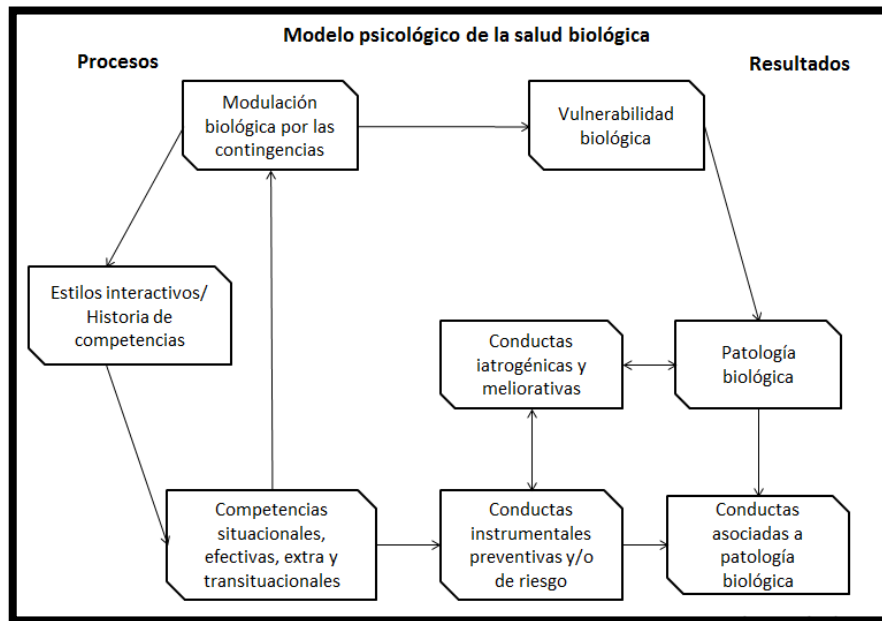
Los autores concluyen que los factores propuestos por el modelo fueron parcialmente válidos, pues no todos los constructos mostraron su valor predictivo, mientras que variables como la variable de tener una pareja sero positivo hiciera menos probable el usar condón. Además, que la introducción de las variables de norma subjetiva y autoeficacia fueron importantes en predecir la conducta del uso del condón. En cuanto a las limitantes consideraron que solo se trabajó con una muestra por conveniencia y las medidas fueron de auto reporte.

3.6 Modelo Psicológico de la Salud Biológica

Entre los diferentes paradigmas de la Psicología, es el modelo interconductual el que ha definido y delimitado el campo de acción del psicólogo en el área de la salud en su relación con lo biológico. Desde esta perspectiva, Ribes (2018) propone un modelo psicológico de la salud biológica, el cual se ilustra en la Figura 6.

Figura 6

Modelo psicológico de la salud biológica (Ribes, 2018)



Desde este modelo la salud es entendida como ausencia de enfermedad, pues la enfermedad siempre se identifica por algún tipo de lesión o disfunción en el cuerpo biológico (Ribes, 2018). La interrelación entre las condiciones ambientales propiciadoras del bienestar y la acción de agentes fisicoquímicos y biológicos sobre el estado del organismo se da como y mediante la práctica social de los individuos. Esta es la dimensión psicológica de la salud y se compone de tres factores fundamentales:

1) La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos –modulación biológica por contingencia–, o sea, sobre los diferentes subsistemas biológicos de respuesta, que incluyen el inmune, endocrino, cardiovascular, respiratorio, etcétera (Piña, 2007), en la medida en que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio con el que interactúa (Ribes, 2008);

2) Las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar con una diversidad de situaciones que directa o indirectamente afectan el estado de salud.

3) Las maneras consistentes del hacer que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica.

Existe una interrelación recíproca determinante entre las condiciones ambientales la acción de agentes fisicoquímicos y biológicos este resultado puede ubicarse como un complejo equilibrio entre niveles de comportamiento que representan acciones propiciadoras o auspiciadoras de enfermedad, acciones preventivas de enfermedad, acciones correlativas y necesarias para la curación, o acciones rehabilitativas.

Por lo tanto, el proceso psicológico pertinente al mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud biológica comprende la interacción de tres factores fundamentales: a) la historia interactiva del individuo; b) las competencias funcionales al interactuar con una situación general determinada; y c) la modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen una situación (Ribes, 2008).

La historia interactiva del individuo. Comprende los estilos interactivos y la historia de competencias. La historia psicológica de un individuo es la historia de sus interacciones, es decir, cómo se ha comportado en el pasado respecto de situaciones y de las relaciones comprendidas en dichas situaciones. La historia constituye la disposición de un individuo para interactuar con una situación *presente*, en un momento dado, con base en sus formas y modo de interacción previos inmediatos, funcionalmente pertinentes a dicha situación. La historia constituye un factor que facilita o interfiere con la emisión de ciertas conductas, pero que no constituye el factor decisivo para que dichas conductas sean pertinentes funcionalmente en una situación determinada. Se trata de interacciones que probabilizan una interacción en particular, ya sea haciéndola más probable o interfiriendo en ella.

Las competencias funcionales presentes. Anteriormente se había tomado como sinónimo el término “capacidad” y “competencia”, sin embargo, la primera hace referencia a estar en condiciones o tener la posibilidad de realizar algo, es decir, implica una disposición en término de posibilidad; la segunda se refiere a

poder hacer algo, porque ya se ha hecho antes y que incluye un criterio de logro, es decir, implica una tendencia y es una disposición en términos de recurrencia (Ribes, 2006). Una competencia entonces se define como colección de ocurrencias conductuales simultáneas o sucesivas que se presentan ante una situación, que incluye criterios de logro (Ribes, 1990, p. 47). En el análisis de competencias funcionales presentes entran también: a) los requerimientos de la situación como campo de contingencias, es decir, qué tipo de consecuencias para el individuo y qué cambios en el ambiente tendrán lugar como efecto de una u otra forma de acción en un momento determinado; b) los factores que definen el contexto de la interacción, y que son identificables como características de la situación (tipo de escenario, condiciones físicas y sociales que lo configuran, personas que auspician la interacción sin participar en ella, etc.) o bien, como condiciones biológicas momentáneas del individuo (alimentación, sueño, fatiga, enfermedad, etc.), y c) la historia de competencias pertinente, es decir, la capacidad del individuo para interactuar con dicha situación dada su experiencia particular. Ribes (2018) plantea que existen cuatro formas generales de competencia que incluyen: a) saber qué se tiene que hacer, en qué circunstancias se tiene que hacerlo, cómo decirlo y cómo reconocerlo; b) saber cómo hacerlo, haberlo hecho antes o haberlo practicado; c) saber cómo reconocer la oportunidad de hacerlo y de no hacerlo; y d) saber hacer otras cosas en dicha circunstancia o saber hacer lo mismo de otra manera.

La modulación de los estados biológicos. Es el comportamiento objetivo que se despliega frente a situaciones que tienen características contingenciales delimitables, el que modula las formas de reacción biológica del propio individuo. El comportamiento es la dimensión funcional del cuerpo en su interacción con el ambiente. Las funciones biológicas no sólo regulan el comportamiento, sino que a su vez éstas se ven afectadas por aquél. En la medida en que el individuo constituye un todo inseparable, el comportamiento es la dimensión crítica que regula diferencialmente las propiedades funcionales de los agentes del ambiente en su acción sobre el organismo.

Hasta este punto, se puede distinguir cómo el proceso desde este modelo

son aquellas conductas que ha desplegado la persona en el pasado y en el presente como regulación entre un estado de salud o de enfermedad biológica, respetando el supuesto de entender este proceso desde un punto de vista individual. Entenderlo de esta forma reitera la posición activa del individuo respecto de probabilizar un estado de salud o enfermedad y no como un agente pasivo. Por lo anterior, Piña (2007) señala que “hablar de salud y enfermedad desde una perspectiva psicológica implica hablar del estado resultante que es consecuencia de la manera en que una persona en particular se ajusta o no a los cambios que acaecen en su ambiente (p. 20).” Reiterando la importancia de la interacción entre el individuo y su ambiente, sin menospreciar o sobrevalorar uno sobre otro.

Dependiendo del tipo de interacciones de una persona es que éstas darán como resultado el grado de vulnerabilidad biológica del organismo a la enfermedad y la disponibilidad y emisión de conductas instrumentales preventivas o de riesgo para la aparición de enfermedades biológicas.

La vulnerabilidad biológica. Es la interacción de una serie de condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de que, dados los factores desencadenantes o de contagio directo, el individuo desarrolle una enfermedad aguda o crónica.

Algunas condiciones que afectan la vulnerabilidad, aun cuando son producto de carencias o prácticas inadecuadas, se manifiestan como interacciones estrictamente biológicas (desnutrición, por ejemplo) o de naturaleza puramente orgánica (alteraciones genéticas).

Además de estas condiciones, existen otras que se originan directamente mediadas por el comportamiento. Las formas particulares en las que un individuo interactúa con dichas contingencias propician cambios orgánicos específicos (secreción gástrica, por ejemplo), o bien produce cambios generales que afectan el sistema inmunológico, con el consiguiente aumento en la vulnerabilidad biológica del individuo.

Las conductas instrumentales y la salud. Las conductas instrumentales consisten en acciones de los individuos que, directa o indirectamente, disminuyen o aumentan la probabilidad de que contraigan una enfermedad. Puede afirmarse,

en este sentido, que las conductas instrumentales constituyen factores que aumentan o disminuyen el riesgo de enfermedad biológica. Éstas se definen siempre como las acciones efectivas específicas para prevenir o aumentar los riesgos de patología biológica, y, por consiguiente, reflejan los aspectos vinculados al entrenamiento en prácticas de salud de los individuos, así como los aspectos culturales que facilitan o interfieren con dichas prácticas. Para su mejor análisis, Ribes (2008) las divide en dos:

1) Conductas instrumentales directas: Aquéllas que producen el contacto con el agente patógeno, ya sea un agente causante de lesiones (accidentes) o un agente infeccioso o de otro tipo que afecta de forma específica órganos y tejidos del organismo (VIH).

2) Conductas instrumentales indirectas: Aquéllas que, sin producir contactos específicos con agentes patógenos o dañinos, aumentan la vulnerabilidad del organismo ante la acción de dichos agentes (prácticas alimentarias inadecuadas, tabaquismo).

La patología biológica y comportamiento asociados. La concurrencia de prácticas de conductas instrumentales de alto riesgo y la existencia de un elevado grado de vulnerabilidad biológica, se traducen inevitablemente en estados de patología biológica.

Tres aspectos son fundamentales en este respecto. Primero, los factores vinculados al seguimiento y adherencia a una terapéutica efectiva; segundo, el comportamiento requerido en los aspectos rehabilitativos de enfermedades cronicodegenerativas o de aquellas con impedimentos físicos terminales, y tercero, la aparición de comportamientos asociados a la patología biológica, que en ocasiones adquieren autonomía funcional y se convierten, en sí mismos, en problema terapéutico.

El modelo anteriormente descrito enmarca perfectamente cuáles son los procesos y los resultantes tomado como eje la patología biológica. Delimita,

además, cuáles son las funciones que el psicólogo puede desempeñar en el área de la salud de manera indirecta. No obstante, este modelo se apoya en la tecnología interconductual que se ha desarrollado a lo largo del tiempo. Piña y Rivera (2006) señalan que se deberá entonces intersectar el modelo psicológico de la salud biológica y dos tipos de metodología (análisis experimental de la conducta y análisis contingencial) con los problemas de la investigación biomédica y su aplicabilidad en el área de la salud.

El análisis contingencial (AC) es tanto un sistema como una metodología para el análisis y cambio del comportamiento humano individual. Posee cuatro dimensiones diseñadas para analizar la conducta individual y para cada una existen conceptos que corresponden a las categorías analíticas del modelo interconductual. La primera dimensión es denominada sistema microcontingencial y se refiere al conjunto de relaciones que se establecen entre un individuo y otras personas, delimitada situacionalmente. La segunda dimensión es denominada sistema macrocontingencial y se refiere al contexto valorativo que regula las relaciones que se dan en un nivel microcontingencial. La tercera dimensión está integrada por los factores disposicionales que son aquellos que condicionan probabilísticamente una interacción particular, ya sea haciéndola más probable o interfiriendo con ella. Por último, la cuarta dimensión se refiere al comportamiento de las personas significativas en la interacción bajo estudio (M. de L. Rodríguez, 2013).

3.6.1 Estudios de variables asociadas al uso del condón

Desde la metodología del AC se han realizado estudios en el ámbito de la salud que han demostrado su eficacia en el análisis y transformación de dichas variables. Un ejemplo es el trabajo realizado por Rodríguez y Díaz González (1999), quienes utilizaron dicha metodología en un caso. Este caso correspondió a una usuaria de 22 años de edad, quien reportaba un fuerte dolor crónico en el brazo izquierdo y parte de la espalda durante un año. La usuaria había asistido con distintos profesionales de la salud, sin haber resuelto su problema. Fue hasta

que acudió con un neurólogo quien determinó que el problema no era biológico, sino psicológico. Los autores partieron del modelo psicológico de la salud biológica de Ribes y determinaron que se trataba de conductas asociadas a enfermedad sin relación con patología biológica. Se realizó un AC, el cual señalaba que la intervención pertinente era establecer competencias en la usuaria que incidieran en la alteración de comportamientos asociados a enfermedad como formas de mediación de interacciones sociales. Los resultados mostraron que al incidir fundamentalmente en la conducta propia, se obtuvieron los cambios propuestos: 1) la usuaria dejó de presentar el "comportamiento enfermo" -tanto en un nivel afectivo como efectivo- y 2) se reintegró a las actividades que anteriormente venía desempeñando.

Un ejemplo más sobre métodos de intervención basados en el modelo propuesto por Ribes es el estudio realizado por Rodríguez et al. (2013), el cual tuvo por objetivo evaluar el impacto del programa de intervención en el control de los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 sobre sus niveles de glucosa en sangre. Para ello, participaron personas con diabetes Mellitus tipo 2 de distintos centros de salud de la Ciudad de México a quienes se les invitó a participar en un taller psicológico y mejorar así la adherencia a la dieta. El taller consistió de tres fases: 1) preevaluación (en el cual se tomaron los datos demográficos y los niveles de glucosa de los participantes), 2) intervención (información nutricional sobre la diabetes, síntomas, factores de la enfermedad, entrenamiento en manejo de técnicas conductuales, etc.), y 3) posevaluación (se midieron los niveles de glucosa después de la intervención). Los resultados mostraron que la media de glucosa disminuyó significativamente después de la intervención. Los autores señalan que, a diferencia de otros estudios que también se han enfocado en el cambio de hábitos, en este se utilizaron las técnicas con criterios funcionales y no así con criterios morfológicos, lo cual redundó en resultados significativos.

Además, este modelo ha sido utilizado para el análisis de las variables que inciden en el uso del condón. Un ejemplo es el estudio realizado por Piña (2004) que tuvo como objetivo evaluar la capacidad de predicción de eventos disposicionales (conocimientos, creencias, circunstancias sociales y motivos)

sobre la práctica de cuatro conductas de riesgo para la infección por VIH en una muestra de estudiantes universitarios. Se analizaron los resultados de 319 estudiantes que reportaron tener experiencia sexual, cerca de la mitad respondió que había debutado sexualmente entre los 16 y 18 años. Del total de participantes, 164 (51.4%) eran hombres y 155 (48.6%) mujeres; la edad media de los participantes fue de 25.76 años ($DE = 7.71$), con edades mínima y máxima de 17 y 56 años, respectivamente.

Para los propósitos del presente estudio, se tomaron en cuenta los conocimientos, creencias, circunstancias sociales, los motivos. Además, se consideraron cuatro conductas de riesgo: relaciones sexuales con diferentes parejas, frecuencia de uso de condón en toda la vida, relaciones con parejas ocasionales y uso de condón con parejas ocasionales. En cuanto a los resultados, en función del sexo de los participantes, no se encontraron diferencias significativas en las variables conocimientos y creencias. Respecto de las conductas de riesgo, en todos los casos se encontraron diferencias significativas: los hombres los que reportan haber tenido más parejas sexuales, haber usado con menor frecuencia condón y haber tenido más relaciones con parejas ocasionales. Respecto a las conductas de riesgo, se observó que los motivos fueron los predictores de las conductas de riesgo, así como para la frecuencia del uso del condón en toda la vida.

Cabe señalar que, si bien la variable de “motivos” fue la que predijo las conductas de riesgo, en el caso de tener relaciones con distintas parejas la variable con mayor predicción fue “atracción”, para la frecuencia del uso del condón de toda la vida fue “pareja no gusta”, para la conducta de relaciones con parejas ocasionales fue la “atracción” y para el uso del condón con parejas ocasionales fue que “pareja gusta”. Finalmente, el autor hace énfasis en cómo los motivos tienen una función importante, pero se requiere incidir en las competencias funcionales para que estos puedan ser modificados.

Piña y Urquidi (2004) realizaron un estudio que tuvo por objetivo probar el poder de predicción de un conjunto de variables sociodemográficas y psicológicas sobre la práctica de dos conductas de riesgo: relaciones con múltiples parejas y

relaciones con parejas ocasionales. Participaron 132 personas con pareja regular, 66 hombres y 66 mujeres del estado de Sonora entre 18 y 49 años (promedio de 30.9 años, $DE = 7.91$). Se utilizó un instrumento para evaluar conocimientos, creencias de VIH/SIDA y motivos que subyacen a tener relaciones con múltiples parejas y tener relaciones sexuales con parejas ocasionales.

Los resultados no mostraron diferencias en los conocimientos ni creencias en función del sexo. En cuanto a tener relaciones con múltiples parejas y con parejas ocasionales sí se encontraron diferencias significativas, siendo las mujeres el grupo con una media mayor en ambas variables.

La variable 'sexo' correlacionó con 'relaciones con múltiples parejas', con 'motivos para tener relaciones con parejas ocasionales', con la conducta 'relaciones con parejas ocasionales' y con 'motivos para tener relaciones con parejas ocasionales'. Se hallaron correlaciones entre 'relaciones con múltiples parejas' y motivos para tener este tipo de relaciones, y con motivos para tener relaciones con parejas ocasionales; la variable 'motivos para tener relaciones con múltiples parejas' correlacionó con la conducta 'relaciones con parejas ocasionales' y con 'motivos para tener relaciones con parejas ocasionales', en tanto que la conducta 'relaciones con parejas ocasionales' lo hizo con 'motivos para tener este tipo de relaciones'.

Las variables y conocimientos no correlacionaron con ninguna de las variables demográficas y sociales, ni con motivos y conductas de riesgo. Por el contrario, la variable de motivos predijo la conducta de "relaciones con múltiples parejas" y con "relaciones con parejas ocasionales".

Estos mismos autores (Urquidi & Piña, 2005) realizaron otro estudio para evaluar si los conocimientos, creencias o motivos relacionados con el condón constituían predictores significativos del uso consistente de condón, pero esta vez en una muestra de hombres universitarios. Participaron 287 hombres, cuya edad media fue de 23.7 años ($DE = 7.59$; intervalo 17-56 años), estudiantes de universidades de Sonora, México. Al momento del estudio 211 (73.5%) señalaron que se encontraban solteros, 59 (20.6%) estaban legalmente casados, y el resto, 17 (5.9%), vivían en unión libre o eran divorciados o viudos.

Se utilizó un instrumento que medía conocimientos, creencias, circunstancias sociales, motivos y comportamientos de riesgo o prevención relacionados con el VIH/SIDA. Para comparar las medias de respuestas de los participantes, se tomó como punto de corte la edad media, equivalente a 24 años.

Los resultados mostraron que la única variable en la que no hubo diferencias entre los dos grupos de edad (menor de 24 años y mayor de 24 años) fue la de conocimientos. Sin embargo, en las variables de “creencias sobre el condón” (los mayores de 24 años estaban más de acuerdo con que el condón prevenía el VIH), “frecuencia de uso de condón” (los mayores de 24 años reportaban una mayor frecuencia de uso), “motivos y uso del condón” (los menores de 24 años no utilizaban el condón, porque no sabían cómo utilizarlo), “condón con parejas ocasionales” (los mayores de 24 años mencionaron que no lo usaban consistentemente, porque a la pareja no le gustaba utilizarlo y los menores de 24 años reportaron usarlo con mayor frecuencia cuando tienen relaciones ocasionales) y “motivos y condón con parejas ocasionales” (los menores señalaron no usarlo, porque no saben cómo y los mayores porque no disponían de uno al momento de la relación sexual) sí se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Con respecto a las correlaciones, se encontró que la variable edad correlaciona con la creencia de que el condón es efectivo para prevenir la infección por VIH, frecuencia de uso de condón, con motivos para usar inconsistentemente condón en toda la vida, con uso de condón con parejas ocasionales y con motivos para usar condón con parejas ocasionales. Respecto a la variable de conocimiento sobre el condón correlacionó de forma negativa con la creencia sobre la efectividad del condón para prevenir la infección por VIH y con motivos para usar inconsistentemente condón en toda la vida. Sobre el comportamiento frecuencia de uso de condón se relacionó negativamente con motivos para usar condón inconsistentemente en toda la vida, con el uso de condón con parejas ocasionales y con motivos para usar condón inconsistentemente con parejas ocasionales. El uso de condón con parejas

ocasionales correlacionó con los motivos y las creencias sobre el condón no correlacionaron con ninguno de los comportamientos.

En un análisis de regresión se evidenció que solo la variable motivos predijo los comportamientos de frecuencia de uso de condón en toda la vida y el uso del condón con parejas ocasionales. Sin embargo, ni la edad, los conocimientos ni las creencias tuvieron un poder predictivo en ninguno de los comportamientos.

Los autores consideran que sus resultados contradicen con las posturas de los modelos de creencias y de acción razonada sobre las creencias y conocimientos como predictores de comportamientos. En ese contexto, consideran que se requiere dar una mayor importancia a los motivos y la historia interactiva del individuo que a los conocimientos.

En esa línea de investigación, Piña & Rivera (2009) realizaron un estudio para identificar predictores del comportamiento relaciones con múltiples parejas en función del género, en una muestra de estudiantes de educación superior en México. Para lo anterior, un total de 423 estudiantes con experiencia sexual, solteros y heterosexuales respondieron un instrumento que evaluaba los motivos (como el que se presentara la oportunidad, porque quisiera experimentar o porque le atrajeron físicamente las otras personas), estados biológicos (como el que se encontrara excitado físicamente, que se encontrara bajo la influencia del alcohol y que se encontrara bajo la influencia de alguna droga), y situaciones sociales relacionados con comportamientos sexuales de riesgo para la infección del VIH (inicio de vida sexual activa, edad de inicio de relaciones, uso de preservativo en la primera y subsecuentes relaciones sexuales, relaciones sexuales con múltiples parejas, así como con parejas conocidas y desconocidas). Los estudiantes tenían una edad promedio de 21.1 años ($DE = 2.4$) y edades mínima y máxima de 17 y 31 años, respectivamente; asimismo, 227 (53.7%) eran hombres y 196 (46.3%) mujeres.

Los resultados mostraron que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales con penetración fue de 17.7 años ($DE = 2.0$), con edades mínima y máxima de 12 y 29 años, respectivamente. En función del género, los hombres la

iniciaron a los 17 años ($DE = 1.9$), y edades mínima y máxima de 12 y 29 años, respectivamente, mientras que las mujeres lo hicieron a los 18.5 años ($DE = 1.8$), y edades mínima y máxima de 15 y 24 años, respectivamente. La diferencia entre ambos grupos fue estadísticamente significativa, siendo los hombres quienes comenzaron a menor edad. Sobre el número de parejas sexuales en la vida sexual activa, 36 (8.5%) estudiantes respondieron que habían tenido una sola pareja, 31 (7.3%) entre dos y cuatro parejas, 150 (35.5%) entre cinco y siete parejas, 182 (43%) ocho o más parejas, mientras que 24 (5.7%) no respondieron. Respecto del número de parejas considerando la variable género, 29 (12.8%) hombres respondieron que habían tenido una pareja, 21 (9.3%) entre dos y cuatro parejas, 93 (41%) entre cinco y siete parejas, 73 (32.2%) ocho o más parejas, en tanto que 11 (4.8%) no respondieron. En las mujeres se encontró que 7 (3.6%) habían tenido una sola pareja, 10 (5.1%) entre dos y cuatro parejas, 57 (29.1%) entre cinco y siete parejas, 109 (55.6%) ocho o más parejas, mientras que 13 (6.6%) no respondieron. Estas diferencias fueron significativas, evidenciando que los hombres habían tenido menos parejas en comparación con las mujeres.

Las variables que correlacionaron de manera significativa con el comportamiento relaciones sexuales con múltiples parejas fueron edad de inicio de relaciones, el motivo “porque me atraieron físicamente las otras personas”, la situación social “me encontraba en un lugar para adultos”, el estado biológico “me encontraba excitada/o”, la edad biológica y el estado biológico “había consumido alcohol”. Al analizarse estas mismas variables, pero por género, se encontró que en el caso de los hombres, las correlaciones se dieron con las variables edad de inicio de relaciones, la situación social “me encontraba en un lugar para adultos” y la edad biológica. En el caso de las mujeres, se presentaron con las variables estado biológico “me encontraba físicamente excitada”, el motivo “porque me atraieron físicamente las otras personas”, el estado biológico “había consumido alcohol”, la edad de inicio de relaciones y la edad biológica.

Al incluirse estas seis variables para analizar cuáles de ellas eran predictoras de tener múltiples parejas, se encontró que solo las variables edad de inicio de relaciones, edad biológica, el motivo “me atraieron físicamente las otras

personas” y la situación social “me encontraba en un lugar para adultos” mostraron su valor predictivo. En este mismo análisis, pero ahora por género, en el caso del grupo de hombres se encontró que las mismas tres variables que correlacionaron con el comportamiento emergieron como sus predictores y en el caso de las mujeres solo las variables de estado biológico “me encontraba físicamente excitada”, la edad de inicio de relaciones y la edad biológica fueron predictoras.

El autor señala que se debe considerar la situación social y cómo el tener una pareja atractiva puede reforzar este comportamiento, haciendo más probable el desarrollar una tendencia de tener múltiples parejas. Además, las diferencias de género en donde se encontraron diferencias en los predictores, mostrando que los hombres parecen ajustarse más a situaciones sociales y las mujeres a estados biológicos. Finalmente, el autor menciona que la muestra es pequeña y se podrían hacer análisis con un mayor número de personas.

Al querer realizar un análisis más detallado sobre los motivos, Piña et al. (2010) se propusieron cumplir dos objetivos: qué motivos predecirían el ejercicio instrumental de dos comportamientos de prevención relacionados con el uso de preservativo en una muestra de estudiantes universitarios e identificar predictores diferenciales de ambos comportamientos al emplear al sexo como variable criterio.

Para lo anterior participaron 798 jóvenes inscritos en alguna carrera universitaria de Ciudad Juárez, tener entre 17 y 30 años, ser soltero/a y no tener pareja estable. Del total de participantes, 394 (49.4%) eran hombres y 404 (50.6%) mujeres, con una edad promedio de 20.9 años ($DE = 2.52$). Todos ellos respondieron un instrumento que medía motivos (qué tan determinante habían sido cuatro motivos para practicar ese comportamiento: "para evitar un embarazo", "para evitar una infección de transmisión sexual", "porque se lo exigí a mi pareja" y "porque mi pareja me lo exigió"), estados biológicos y situaciones sociales relacionados con comportamientos de prevención y de riesgo. Sin embargo, sólo se reportan los resultados de los motivos.

Las variables dependientes fueron dos tipos de comportamientos instrumentales relacionados con el uso de preservativo: a lo largo de la vida sexual activa y con parejas ocasionales (qué tan frecuentemente utilizaban el

preservativo); como variables independientes se consideraron los motivos subyacentes a ambos comportamientos, en el sentido de haber querido usar preservativo una vez que las/os estudiantes se involucraban en una relación sexual con penetración.

Los resultados con respecto a los comportamientos mostraron que 276 (34.6%) estudiantes reportaron haber usado preservativo en la primera relación sexual con penetración y 502 (62.9%) no, en tanto que 20 (2.5%) no respondieron a la pregunta. Con respecto al uso de preservativo a lo largo de la vida sexual activa, los resultados fueron los siguientes: 216 (27.1%) mencionaron que lo habían usado siempre, 362 (45.4%) la mayoría de las veces, 150 (18.8%) pocas veces y 38 (4.6%) nunca, omitiendo la respuesta 33 (4.1%) estudiantes.

Referente al uso del preservativo con parejas ocasionales 238 (29.8%) respondieron que habían tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales, esto es, con personas a las que no conocían en absoluto o bien que conocían muy poco. Asimismo, 90 (37.8%) mencionaron que habían usado preservativo siempre con este tipo de pareja, 106 (44.5%) la mayoría de las veces, 29 (12.1%) pocas veces y 13 (3.9%) nunca.

Al realizar el análisis para conocer cuáles eran los predictores del uso del preservativo a lo largo de la vida sexual activa para la muestra total se observó que hubo dos predictores motivacionales: "evitar un embarazo" y "evitar una ITS". Al estudiar las diferencias por género, se observó que, en el caso de los hombres, los motivos fueron "evitar un embarazo" y "evitar una ITS", mientras que para el caso de las mujeres los motivos fueron "evitar un embarazo", "yo se lo exigí a mi pareja" y "mi pareja me lo exigió".

En cuanto a los predictores del uso del preservativo con parejas ocasionales, solo se encontró un predictor para la muestra total, el cual fue "para evitar una ITS". Para un análisis en función del género, se encontró el mismo predictor para el caso de los hombres y en el caso de las mujeres el predictor fue "porque yo se lo exigí a mi pareja".

Finalmente, en otro estudio realizado por Robles & Díaz-Loving (2011) se tuvieron por objetivos presentar el procedimiento y los resultados de la validación

de un instrumento diseñado ex profeso para evaluar los factores disposicionales y mediacionales vinculados con el uso del condón, determinar la capacidad competencial de hombres y mujeres, así como sus posibles diferencias a partir de la media teórica, para cada uno de los factores extraídos y analizar la posible correlación de cada uno de los factores extraídos con dos medidas ligadas a la prevención, como lo son la frecuencia del uso del condón y la consistencia de su uso. En este caso se presentarán únicamente los resultados correspondientes de los dos últimos objetivos.

Participaron un total de 973 adolescentes estudiantes de secundaria (2.5%) y preparatoria (97.5%), quienes en su mayoría eran solteros y vivían con su familia. La edad promedio de los participantes fue de 17.55 (entre 12 y 25 años). Las variables consideradas fueron los factores disposicionales (del ambiente y de la persona), factores mediacionales y el uso del condón (importancia de los factores de conocimientos, valores y reglas para usar condón) en función de qué tan importante había sido cada factor para haber utilizado el condón. Para el uso del condón se preguntaba la frecuencia del uso del condón, el número de relaciones sexuales en los últimos 3 meses y el número de veces que se usó el condón en el mismo periodo. Las medidas fueron la competencia conductual y el uso del condón, obteniendo ésta última como la proporción de relaciones sexuales en 3 meses y el número de relaciones en las que se utilizó condón, multiplicando por 100 y obteniendo un valor entre 0 y 100. El instrumento se conformó finalmente por 3 factores: factor de mediación (mediador y mediado), factor de disposicionales del individuo y el ambiente y factor de disposicionales sociales.

Para obtener la competencia en el terreno sexual se analizaba si el participante estaba por encima o debajo de la media teórica para cada uno de los factores. Respecto a esto, se observaron diferencias significativas cuando el individuo era mediado, siendo las mujeres menos competentes para mediar a su pareja. No se observaron diferencias en los otros dos factores, pues ambos sexos se encontraban por debajo de la media teórica. Sin embargo, el factor de disposicionales mostró una diferencia si bien no significativa, sí mayor que el factor de disposicionales sociales.

Con respecto a las correlaciones entre los factores y las medidas del uso del condón, los resultados mostraron que el factor de mediador correlacionó significativa y negativamente con los factores 1 (mediador), 2 y 3, pero positivamente con la frecuencia del uso de condón. Sin embargo, el factor 1 (mediado) correlacionó positivamente con los factores 2 y 3, pero negativamente con la frecuencia del uso del condón. El factor 2 se correlacionó positivamente con el factor 3, pero negativamente con la frecuencia del uso del condón. El factor 3 se correlacionó negativamente con la frecuencia del uso del condón. Finalmente, la frecuencia del uso del condón se correlacionó positivamente con la consistencia del uso del condón. Dicho análisis se realizó por separado para hombres y mujeres encontrándose correlaciones altas y significativas entre las dimensiones de individuo como mediador e individuo mediado por la pareja, entre el factor que refiere disposicionales del individuo y del ambiente y el que corresponde a disposicionales sociales, además de una correlación positiva entre la frecuencia del uso del condón y la consistencia en su uso. Asimismo, se encontraron altas correlaciones significativas y positivas entre individuo mediado por la pareja, disposicionales del individuo y del ambiente y disposicionales sociales, y de manera negativa con la frecuencia de uso del condón y su consistencia de uso. Por su parte, el Factor 2 (Disposicionales del individuo y del ambiente) se correlacionó de manera significativa con el Factor 3 (Disposicionales sociales). Es importante destacar que tanto en hombres como en mujeres se observó una correlación negativa entre el Factor 2 y la frecuencia del uso del condón. El Factor 3 correlacionó de manera negativa únicamente con la frecuencia del uso del condón, y ésta a su vez con la consistencia, pero de manera positiva.

Lo anterior se traduce a que el comportamiento mediador tiene un mayor peso, pues aquellos participantes que tienen mayor capacidad del individuo para regular su comportamiento sexual, es menor la influencia de los diversos factores disposicionales evaluados, pues son los participantes mediadores quienes utilizan con mayor frecuencia el condón. Además, el hecho de que la dimensión de individuo mediado por la pareja que corresponde al Factor 1 se correlacionó positiva y significativamente con el Factor 2 Disposicionales del individuo y del

ambiente y con el Factor 3, señala que en aquellos participantes cuyo comportamiento sexual está mediado o determinado por su pareja, es mayor la participación de factores disposicionales.

Desde este modelo, se observa que las variables pertinentes para promover el uso del condón en los adolescentes se centrarían en el cambio de conducta propia (información, habilidad del uso correcto del condón y autocontrol), cambio en conducta de otros (habilidades para negociar el uso del condón) y cambio macrocontingencial (con respecto a los roles de género). Es importante resaltar que la alteración de los factores disposicionales cumplen un papel importante, pues se ha observado que interfieren con el que la persona utilice o no el condón y es el único Modelo que considera su análisis tan importante como otras variables.

Para alterar factores situacionales, se ha visto que una técnica efectiva es el autocontrol, que también ha demostrado su eficacia en la modificación de tendencias (M. de L. Rodríguez, 2013), sobre todo en el ámbito de salud, pues incluso se ha visto su efecto en la conducta de fumar a lo largo de varios años (Daly et al., 2016), lo cual nos indicaría que quienes tienen autocontrol tienden a ejecutar menos conductas de riesgo.

Evidencia de cómo el autocontrol influye en las conductas sexuales es el estudio realizado por Pechorro et al. (2020) que tuvo como objetivo validar la versión portuguesa de la *Brief Self-control Scale* en una muestra escolar de adolescentes portugueses de ambos sexos. Para ello, se correlacionaron los resultados de dicha escala con ítems relacionados al uso de preservativo en los últimos 12 meses. Los resultados mostraron que, en el caso de las mujeres, hubo una correlación significativa que señalaba una menor proporción de sexo desprotegido a mayor nivel de control de impulsividad.

3.7 Conclusiones

Cada Modelo psicológico ha integrado variables que, dentro de la teoría (no en todos los casos) se consideran relevantes en el análisis de conductas saludables. No obstante, la mayoría surge como respuesta ante la demanda social y no así de

un cuerpo teórico articulado. Esto implica que, aun cuando existan estudios que busquen identificar las variables que puedan predecir el uso del condón, las limitaciones teóricas podrían implicar graves problemas al momento de interpretar dichos resultados y, aún más, aportar al desarrollo de la ciencia misma.

Comparado con los modelos ya descritos, el Modelo Psicológico de la Salud Biológica es una interfaz del cuerpo teórico que se ha desarrollado desde la psicología interconductual, es decir, un “puente” que une la teoría abstracta con los eventos concretos en el ámbito de la salud. Otra diferencia es que centra el concepto de competencias como punto clave para la comprensión de su modulación en la salud biológica, lo cual es relevante y diferencia el análisis de las variables con respecto a los otros modelos, pues mientras los otros modelos suponen que las intenciones o las percepciones son los elementos críticos en la explicación de cualquier conducta, no consideran como elemento necesario el que el individuo posea las competencias para llevar a cabo dichas conductas, salvo el Modelo de Información-Motivación-Habilidades conductuales, que lo considera como algo importante, mas no el punto crítico.

Las *intenciones* o la *autoeficacia* se retoman en varios modelos apuntan hacia la interpretación del comportamiento racional humano, lo cual no necesariamente es así. Si bien una persona puede pensar en lo que hará el día posterior, esto no significa que lo haga y puede estar sujeto a factores enteramente situacionales. Por ejemplo, aunque una persona tenga toda la *intención* de utilizar un condón (disponga de información, sus amigos le hayan comentado que el condón funciona, etc.), si se encuentra en una situación en donde está bajo el efecto del alcohol, con un alto grado de excitación y con una persona que le atraiga, lo anterior podría tener más peso para explicar por qué esa persona no utilizó el condón a pesar de poseer la información. En el caso de los adolescentes, parece ser que los factores situacionales resultan vitales para la promoción del uso del preservativo y no considerarlos implicaría suponer que son capaces de alterar dichos factores sin ningún tipo de entrenamiento y que con creerse capaces o tener la intención de utilizarlo bastaría.

Finalmente, se debe considerar importante que desde la Psicología se estudien sistemáticamente las variables que puedan predecir comportamientos saludables para que esto sustente programas de intervención y sea más probable que dichos programas sean efectivos.

CAPÍTULO 4. PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DEL USO DEL CONDÓN

4.1 Programas de intervención

El estudio de las variables psicológicas en el fenómeno del embarazo en adolescentes ha sido la base de las estrategias para diseñar programas de intervención que permitan incidir en dicha problemática. Si bien cada modelo descrito anteriormente señala puntos distintos a considerar para poder prevenir, existen semejanzas entre las intervenciones realizadas.

El principal componente que se ha buscado modificar ha sido el de los conocimientos, suponiendo que si se modifica el nivel de información que los adolescentes poseen sobre los métodos anticonceptivos, esto promoverá que los utilicen más. En un estudio realizado por Callejas et al. (2005) se tuvieron por objetivos valorar los conocimientos y actitudes sobre métodos de prevención de los embarazos no deseados y las ITS y evaluar el resultado de una intervención educativa, desarrollada en el ámbito escolar, dirigida a mejorar la información sobre estos temas. Para lo anterior utilizaron un diseño pre test post test sin grupo control, en el cual participaron 238 alumnos de cinco centros educativos (dos de titularidad privada y tres públicos) de los 14 existentes en la ciudad de Toledo en el periodo de 2003-2004 de 4º curso de Enseñanza Secundaria Obligatoria.

La intervención se basó en la organización de un concurso de mensajes publicitarios (a modo de anuncios para prensa, radio y televisión) que debían ser elaborados por los propios estudiantes, agrupados en “talleres de salud” (de entre 5 y 8 estudiantes) y tutelados por un profesor. Cada centro docente participante fue supervisado por dos médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de tercer año, que se ocuparon de aportar material gráfico y documental, así como de impartir dos charlas educativas monográficas de 50 minutos de duración sobre cada uno de los temas (anticoncepción e ITS), en la cual la primera era una demostración sobre cómo utilizar correctamente el condón.

Se aplicó un cuestionario que constaba de 20 preguntas sobre hábitos sexuales, utilización de métodos anticonceptivos, conocimientos y actitudes

acerca de los mismos e ITS/SIDA antes de la intervención, diseñada y piloteada con 16 adolescentes. Seis meses después del inicio de la intervención los estudiantes respondieron otro cuestionario similar al primero, con algunas preguntas añadidas acerca de su participación y opinión sobre la utilidad de la intervención. La intención era valorar los cambios en los conocimientos y actitudes sobre la prevención de ITS y embarazos no deseados.

Un total de 238 alumnos respondieron el primer cuestionario, la edad media fue de 15,59 (rango 14 a 18) y el 54,66% eran mujeres. El 24,03% había tenido relaciones sexuales con penetración y sin diferencia entre ambos sexos. De este porcentaje de participantes con experiencia sexual, el 19,64% lo había hecho una vez, el 42,8% de forma ocasional, el 19,64% varias veces al mes y un 17,85% varias veces a la semana, sin observarse diferencias entre sexos. En cuanto a los métodos anticonceptivos utilizados, todos reportaron haber utilizado al menos uno, siendo el condón el más frecuente (98,24%). El 6,06% de las mujeres reportó haber utilizado anticonceptivos orales (edad media de 17 años), el 18,18% reportó haber utilizado la “píldora del día siguiente” (edad media de 15,83 años) y el 12,28% había recurrido a utilizar el *coito interruptus*. El 81,48% reportó haberse protegido siempre en sus relaciones sexuales.

Sobre los conocimientos y actitudes sobre los preservativos tanto hombres como mujeres sabían que el preservativo prevenía el SIDA y un embarazo por arriba del 90%, sin embargo, el 31,4% de los chicos y 25,7% de las chicas consideraba que reducía la sensación de placer. El 83% de los chicos y el 58,2% de las chicas mencionó que era capaz de comprarlos; el 83% de los chicos y el 44,8% de las chicas mencionó que era capaz de ponerlo correctamente; y el 48,6% de los chicos y el 76,5% de las chicas mencionó que rechazaría una relación sin protección. Estas últimas tres variables fueron estadísticamente diferentes entre ambos sexos.

Respecto a los conocimientos y actitudes frente al SIDA, el porcentaje que afirma que compartiría clase con un enfermo de sida es mayor en chicas que en chicos (80,47% vs 60,38%) significativamente. En el resto de las preguntas que se incluían las vías por las cuales se podía infectar una persona, más de 90%

contestó correctamente que se podía transmitir al tener relaciones sexuales y vía sanguínea y no así a través del aire, por el contacto con la ropa, por picadura de mosquitos, por contacto con saliva ni que era cosa de drogadictos y homosexuales.

A los seis meses de la intervención respondieron al segundo cuestionario 197 adolescentes (edad media 15,83; 56,56% mujeres). Había participado en el concurso el 49,48%. Con respecto a los conocimientos y actitudes del preservativo, se observó que hubo una mejoría significativa en el conocimiento de la capacidad preventiva frente al SIDA-ETS (de 95,76% a 99,49%) y en el uso del preservativo (62,13% a 73,46%). Sin embargo, no hubo diferencias significativas en rechazar sexo sin protección (de 63,8% a 65,9%), ser capaz de comprarlo (de 68,9% a 70,5%) ni de que previniera el embarazo (de 96,6% a 96,4%).

Con respecto al SIDA, hubo una mejoría estadísticamente significativa en cuanto al conocimiento de la no transmisión por aire (de 84,4% a 93,9%), por ropa (de 50,8% a 63,4%) y por saliva (de 60% a 73%). Sin embargo, esto no se observó en que no es solo de homosexuales (de 89,4% a 93,9%), que se transmite por sangre (de 95,7% a 97,9%), que se transmite vía sexual (de 97% a 97,9%), no se transmite por insectos (de 36,9% a 40,6%) y que compartiría clase con algún alumno con VIH (de 71% a 77,6%).

Los autores señalan que en este estudio hubo un alto porcentaje de adolescentes que reportaron protegerse en sus relaciones sexuales, sigue existiendo un porcentaje alto del uso de la píldora anticonceptiva y el condón sigue siendo el método más utilizado. Además, reiteran el tomar con cautela los resultados, pues no se contó con un grupo control para asegurar que dichos cambios se debieron a la intervención realizada.

Existen varios aspectos a señalar del estudio ya descrito, pues es notorio el alto porcentaje de conocimientos que los participantes mostraron en ambas pruebas, a excepción de algunas preguntas como el que el VIH se transmitía por insectos. Sin embargo, esto podría representar que se trabajó con participantes que hubieran tenido algún tipo de entrenamiento o información previa al estudio o que estuvieran verdaderamente interesados en el tema. Además, si bien se

analizaron los cambios en los conocimientos y actitudes, existen algunas que son competencias conductuales y que podrían tener un sesgo al evaluarlas mediante un cuestionario, como lo es el uso correcto del condón y el poder pedirlo, pues si bien todos reportaron utilizar un método y el más frecuente fue el condón, se requiere conocer si realmente saben hacerlo o si esta habilidad dista de lo reportado.

En otro estudio realizado por Amaro et al. (2010) también se tuvo por objetivo incrementar los conocimientos sobre anticoncepción en 136 adolescentes en una secundaria en Cuba. El estudio se dividió en tres etapas: etapa diagnóstica, etapa educativa y etapa evaluativa.

En la etapa diagnóstica, los participantes resolvían una encuesta para determinar el nivel de conocimiento sobre anticoncepción. Las calificaciones se clasificaban como “mal” (menos del 60% de respuestas correctas, “regular” (entre 60% y 79% de respuestas correctas) y “bien” (80% de respuestas correctas).

En la etapa educativa se aplicaron técnicas educativas para capacitar a los adolescentes en lo referente a la anticoncepción a través de cuatro módulos con diferentes técnicas participativas. Dichas técnicas no fueron descritas por los autores.

Finalmente, la etapa de evaluación consistió en aplicar nuevamente la encuesta al final de cada periodo para determinar la eficacia de la intervención.

Los resultados del nivel de conocimientos inicial fue que el 59.57% de los participantes obtuvieron una calificación de “mal”, el 30.14% de “regular” y el 10.29% de “bien”. Además, el 86.76% obtuvo la información de la escuela, 70.58% de algún compañero de estudio, 68.37% de algún amigo y finalmente el 32.34% de los padres.

Para la evaluación final (posterior a la intervención), los adolescentes mostraron un mejor nivel de conocimientos, pues el 57.35% de los participantes alcanzó la calificación de “bien”, el 16.91% “regular” y el 25.74% se mantuvieron en “mal”.

Aunque los autores reportan un incremento en el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, señalan que en su encuesta inicial solo uno de

cada 10 participantes sexualmente activos había reportado utilizar algún método anticonceptivo, pero no mencionan si la intervención tuvo algún impacto sobre su uso después de haberla terminado.

Por su parte, Posada y Mora (2015) realizaron un estudio para relacionar los conocimientos previos (pre-saberes) acerca de métodos anticonceptivos con los conocimientos adquiridos (saberes) después de una intervención educativa con simulador. Participaron un total de 295 adolescentes institucionalizados, de entre 10 y 20 años de Dosquebradas, Colombia.

El estudio se dividió en tres fases. En la primera, se midió el nivel de conocimiento a través de un cuestionario auto-informado que incluía variables sociodemográficas y teórico-conceptuales sobre los métodos anticonceptivos (cuestionario validado por expertos, pero sin reporte de propiedades psicométricas de dicha validación). En la primera fase se definieron los contenidos de la segunda, que consistió en sesiones en las que se utilizaron simuladores de “tarea básica” (*task trainer simulator Laerdal y Limbs and Things*), con los cuales los participantes podían desarrollar destreza en el uso de los métodos anticonceptivos (como el utilizar un condón masculino) y, además, se agregó información sobre los mecanismos de acción, ventajas, desventajas, prevención de infecciones de transmisión sexual, contraindicaciones entre otros. En la tercera fase se re-evaluaron los saberes considerando los estándares internacionales de simulación clínica avalados por la International Nursing Association for clinical simulation learning y se diseñó una lista de chequeo para la apropiación de los diferentes métodos anticonceptivos, que fue aplicada a cada estudiante para, finalmente, dar una retroalimentación de forma grupal.

Los resultados mostraron que el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos fue deficiente. Los métodos de los que menos sabían fueron el parche, anillo vaginal, implante subdérmico y dispositivos intrauterinos, mientras que el condón masculino fue del que tuvieron mayor conocimiento, aunque no a un nivel óptimo, pues solo el 40% de los participantes tuvo un nivel de conocimiento clasificado como “bueno” y el resto fueron clasificados como “regulares” y “deficientes”.

Posterior a la intervención educativa, los conocimientos sobre métodos anticonceptivos pasaron de “deficientes” a “regulares” en todos los participantes, por lo que los autores consideraron como efectiva su intervención, aunque señalan que se deben agregar estrategias para que los usen mejor en la realidad.

Un elemento que se ha estudiado bastante han sido las habilidades para negociar el uso del condón. Como se ha descrito, la gran mayoría de los métodos anticonceptivos están diseñados para que sea la mujer quien los utilice, pues se ha considerado ya que es la mujer quien debe protegerse al ser ella “quien se embaraza”. Algunos métodos pueden ser utilizados por la mujer sin la cooperación del hombre como el implante subdérmico o el DIU, sin embargo, hay otros que sí lo requieren como el condón femenino. En el caso del condón masculino, pese a que su control es por parte del hombre, también requiere del mutuo acuerdo. Lo anterior incluye el que la mujer posea las habilidades para solicitar a su pareja su uso y negociarlo, si es el caso. También puede haber otro escenario, en el que la mujer no quiera utilizar el condón y el hombre sí (aunque tal vez menos frecuentemente), lo que significa que su negociación es importante para ambos sexos.

Evidencia de lo anterior es el estudio desarrollado por Pérez & Pick (2006) que tuvo por objetivo identificar predictores psicosociales de conducta sexual protegida en estudiantes de bachillerato, de entre 14 y 20 años, encontrándose que el mejor predictor fue la habilidad de comunicación asertiva en el caso de relaciones sexuales con pareja regular, por encima de los conocimientos y las creencias en el caso de las parejas ocasionales.

Robles y Díaz-Loving (2006, citado en Robles, et al., 2007) han llamado estilo de negociación del uso del condón a la forma en cómo alguien puede negociar una solución ante el conflicto de tener que llegar a un acuerdo sobre usar el método. En este sentido, se ha observado que las mujeres poseen un papel mediador menor (Robles et al., 2007, capítulo 8) en comparación con los hombres. También es importante señalar que los adolescentes tienden a seguir las indicaciones de sus pares más que de sus padres, lo que los coloca en una situación de riesgo, pues si no poseen las habilidades necesarias para negociar el

uso del preservativo, es muy probable que no lo utilicen. En este contexto, se describirán algunos estudios dentro de los cuales las habilidades de negociación hayan sido sus variables a modificar.

En un estudio de Robles et al. (2006) se tuvieron dos objetivos: 1) evaluar los efectos de un entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón sobre el autoinforme del uso consistente del condón y 2) investigar la relación entre la habilidad conductual demostrada para usar el condón y el auto informe de su uso. Para lo anterior se trabajó con 70 estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de los cuales se asignaron aleatoriamente a 35 al grupo experimental, quien sería el grupo que recibiría el entrenamiento en habilidades conductuales y 35 al grupo control, quien no recibiría ningún tipo de intervención. De lo anterior, sólo 31 del grupo experimental permanecieron hasta la fase de posevaluación y sólo 19 del grupo control asistieron a la sesión correspondiente a la fase de posevaluación. La edad promedio de todos los participantes fue de 20.66 años (rango de 18 a 29; $DE = 1-95$). Se realizaron preguntas para conocer la preferencia sexual, el debut sexual, el lugar donde se presentó el debut sexual, si fue o no planeado, el número de parejas sexuales en toda la vida, el uso general del condón, si se utilizó el condón en la última relación sexual y consistencia del uso del condón. Es importante señalar que la frecuencia del uso del condón fue evaluada a través de dos preguntas: ¿cuántas veces en los últimos tres meses has tenido relaciones sexuales? y ¿cuántas veces en los últimos tres meses has utilizado el condón al tener relaciones sexuales? Se calculó un índice de consistencia dividiendo el número de veces en que utilizaron el condón entre el número de veces que tuvieron relaciones sexuales, resultando un valor entre 0 y 1, entre más cercano sea a 1 hay mayor consistencia en el uso del condón. Estas variables se evaluaron a través de un cuestionario de autoinforme.

También se tuvieron medidas de observación directa, como lo fue el uso correcto del condón evaluado de la siguiente manera: sobre una mesa estaban dispuestos en forma separada 20 paquetes de condones de diferentes marcas y con distintas fechas de caducidad y un modelo de pene para la enseñanza, se le

solicitaba al estudiante que eligiera el condón que él quisiera, lo colocara en el pene y después lo retirara; se filmó la ejecución de cada estudiante. Posteriormente dos observadores entrenados analizaron los videos de forma independiente. Los pasos para evaluar fueron los siguientes:

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

Para ello se filmaba la ejecución de los participantes y jueces previamente entrenados evaluaban. Se obtenía un porcentaje de acuerdos entre los observadores, el cual fue de 90.3 %.

Para las habilidades de comunicación sexual asertiva se tomaron en cuenta el iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad y el negociar el uso del condón, las cuales también fueron evaluadas a través de la observación directa. Para lo anterior se utilizó el Test Analógico de Simulación (TAS) propuesto y validado por Roth (1986), el cual es un instrumento de registro de ocurrencia de los componentes verbales y no verbales que definen cada habilidad bajo situaciones semiestructuradas, que consisten en describir una situación lo más

semejante a un escenario natural donde es posible que ocurra la habilidad en cuestión. Cada participante pasaba a una sala donde se encontraba un experimentador y un observador que filmada la interacción. El experimentador proporcionaba las instrucciones que consistían en representar una escena con su pareja y tenían que hablar sobre sexualidad y negociar el uso del condón. El experimentador representaba el papel de la pareja (del sexo contrario al participante). Dichas habilidades fueron codificadas por dos observadores independientes. El porcentaje de acuerdos obtenido para la habilidad de iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad fue de 80.0% y para la habilidad de negociar el uso del condón fue de 86.6%.

El procedimiento se dividió en una fase de preevaluación, donde se obtenían los datos ya mencionados, la fase de intervención que consistió en ocho sesiones consecutivas de dos horas cada una distribuidas de la siguiente forma: 1) información relativa a distintos aspectos epidemiológicos del SIDA, características del VIH y del SIDA, formas de transmisión y mecanismos de prevención del virus, señalando los cambios que se han venido reportando en las proporciones de casos hombre/mujer. La dinámica que se utilizó ilustró el funcionamiento del Sistema Inmunológico del organismo humano; 2) temáticas sobre "sexualidad en la pareja" y "roles de género en nuestra cultura", utilizando una dinámica llamada "El Rosa y el Azul" para ejemplificar dichos roles de género, por medio de juego de roles; 3 y 4) tema del condón, señalando aspectos históricos del condón masculino y femenino, procesos de fabricación, pruebas de efectividad, tipos de condones masculinos (tamaños, texturas, materiales, colores, sabores, etc.), fecha de caducidad y forma correcta para usarlo. Se llevó a cabo un entrenamiento sobre la forma correcta de colocar y quitar un condón a través de un modelamiento y ensayo conductual y concluyó la cuarta sesión con una discusión sobre la importancia de usar el condón, no solamente de forma correcta, sino de manera consistente; 5) temas sobre el comportamiento asertivo, negociación en la pareja y toma de decisiones. A través de un Juego de Roles en parejas se ejemplificó un modelo de comunicación asertiva, enfatizando el papel de los aspectos verbales (contenido de las emisiones lingüísticas de la pareja) y no verbales (proximidad

física, volumen de voz, entonación de la voz, fluidez del habla, pausas, expresiones gestuales) de los comportamientos asertivos de ambos miembros de la pareja; 6, 7 y 8) entrenamiento de 4 habilidades precurrentes (1. saber escuchar, 2. conocer y expresar sentimientos negativos, 3. entender sentimientos de otros y 4. expresar afecto) y de las 2 habilidades de comunicación sexual asertiva utilizando el Aprendizaje Estructurado como estrategia de cambio conductual. Presentación de habilidad, modelamiento, práctica sistemática, retroalimentación y planificación de actividades en ambientes naturales.

Finalmente la fase de post evaluación se ejecutó un día después de haber finalizado la fase de intervención, evaluándose en ambos grupos por separado las variables relativas al uso del condón en las relaciones sexuales en general, uso del condón en la última relación sexual y consistencia en el uso del condón a través de un cuestionario de auto informe, y la habilidad conductual para usar correctamente el condón y las dos habilidades de comunicación sexual asertiva a través de la observación directa.

En cuanto a los resultados se registró que la mayoría eran solteros (93.1%), heterosexuales (93.1%) y vivían con su familia (89.7%). Un poco más de la mitad (53.7%) no planearon su primera relación sexual y un 70% la tuvo en casa. En cuanto al debut sexual, no hubo diferencias entre hombres (16.83 en promedio) y mujeres (17.96 en promedio), pero sí en promedio de parejas sexuales, pues los hombres tuvieron un promedio de 5.8 parejas y las mujeres 1.8 parejas en promedio.

Sobre los resultados de los objetivos planteados en el estudio, se observó que en la fase de preevaluación no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en el uso del condón en las relaciones sexuales en general y uso del condón en la última relación sexual. En la fase de posevaluación tampoco se encontraron diferencias significativas en estas dos medidas ni en el índice de consistencia del uso del condón, sin embargo, hubo un incremento en el grupo experimental, pues en la pre evaluación se calculó un índice de .56 (20/21) y en la post evaluación un índice de .73 (17/31). Sin embargo, en el grupo experimental

hubo un aumento en el uso de condón en última relación sexual, mas no fue significativo.

No se encontraron diferencias por sexo, únicamente antes de la intervención fue mayor el porcentaje de hombres (90%) comparado con el de las mujeres (57.1%) que reportó usar el condón en las relaciones sexuales en general. Después de la intervención las diferencias por sexo no fueron significativas en el uso del condón en las relaciones sexuales en general (70% de los hombres y 68.4% de las mujeres) y en la última relación sexual (66.7% de los hombres y 66.7% de las mujeres). No hubo diferencias significativas en la pre-evaluación entre grupos, pero sí una diferencia importante en la post evaluación, siendo el grupo experimental mayor en uso consistente del condón (.73) que en el grupo control (.48).

En habilidades conductuales, se encontró en el grupo experimental un incremento significativo de la pre-evaluación (43% de respuestas correctas) a la posevaluación (86.45% de respuestas correctas) en la habilidad conductual para usar correctamente el condón. Para las dos habilidades de comunicación sexual asertiva se observó un incremento, pero éste no fue significativo, pues en la habilidad de iniciar una conversación el grupo control obtuvo un 88.53% y en la post evaluación 93.79%, mientras que en la habilidad para negociar el uso del condón obtuvo 71.16% y 75.32% respectivamente. Sin embargo, sí se observaron diferencias significativas entre medias de los grupos en las 3 habilidades en post evaluación.

Con respecto al segundo objetivo, se analizaron las correlaciones entre uso de condón en relaciones sexuales en general y uso de condón en la última con habilidades conductuales y ninguna mostró correlación. Para la relación entre consistencia de uso de condón con las tres habilidades, sólo la habilidad de uso correcto de condón correlacionó con la habilidad para negociarlo.

Varias cualidades pueden resaltarse de este estudio. En primer lugar, la forma de evaluar las variables del uso correcto del condón y las habilidades concernientes a iniciar y mantener conversaciones sobre sexualidad y negociar el uso del condón, pues se considera tener una medida más sensible y confiable la

observación directa, ya que si se evalúan habilidades la mejor manera es a través de la ejecución del participante más que la respuesta de un reactivo. Además, es importante resaltar que estas habilidades tienen componentes morfológicos que son dignos de su estudio, pues en el caso del uso correcto del condón, se requiere de una ejecución correcta, ya que la omisión o el realizar incorrectamente un paso pone en riesgo a la persona. Lo mismo en la habilidad para negociarlo, pues si se tienen buenos argumentos, pero la persona lo dice en un tono no adecuado, es poco probable que sea efectiva la negociación. Otra cualidad es el tipo de entrenamiento, pues se utilizaron técnicas como el ensayo conductual y modelamiento, nuevamente, efectivas para la enseñanza de habilidades. Finalmente, la forma de evaluar el uso consistente del condón, pues normalmente se utilizan escalas tipo Likert donde la persona debe elegir entre “siempre, casi siempre, algunas veces, etc.” y no nos dan cuenta del fenómeno en sí, pues el que una persona responda “casi siempre” podría significar varias cosas, mientras que el obtener el índice es una medida más exacta, aunque claro, con los riesgos de que sea una medida de autoinforme.

Sobre los resultados, resulta sorprendente que los estudiantes tuvieran un nivel alto de habilidades para hablar sobre sexualidad y negociar el uso del condón, pues presentaron porcentajes por arriba del 70%. Esto podría significar que los estudiantes universitarios cuentan ya con un repertorio sobre el uso del condón, sin embargo, esto no se refleja en la habilidad para utilizarlo, pues el porcentaje fue de 43%. Esto, en conjunto, precisaría que, si bien los estudiantes podrían tener un papel mediador con su pareja, siguen estando en riesgo al no tener la habilidad para colocar correctamente el preservativo.

Finalmente, aunque si bien el programa fue exitoso al mostrar diferencias en las tres habilidades entre los grupos, esto no se reflejó en el uso consistente del condón, pero sí en el uso de la última relación sexual. Los autores señalan que se debe tomar en cuenta que es más sensible la medida de la última relación sexual que el uso consistente, debido a que es más fácil recordar si se utilizó o no condón en la última relación, aunque el índice es un buen indicador para poder evaluar si existe una tendencia en su uso.

En un estudio realizado por Robles et al. (2012) se tuvo por objetivo evaluar los efectos de un programa de intervención sobre el nivel de información que los adolescentes tienen acerca de la transmisión y prevención del VIH/SIDA y otras ITS, sobre las creencias, actitudes, norma subjetiva, autoeficacia e intenciones vinculadas con el uso del preservativo y sobre variables conductuales que refieren comunicación sexual con padres y la habilidad para usar correctamente el preservativo. El estudio fue diseñado a partir del modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales, bajo un diseño experimental pretest-potest. Para lo anterior, se eligieron al azar grupos de secundaria y preparatoria de Tlalnepantla, Edo. de Méx. para asignarlos en grupo control y experimental. Participaron un total de 544 alumnos, quienes habían reportado no haber tenido ninguna relación sexual con penetración con una edad promedio de 13.9 años (con un rango de 11 a 20 años y una moda de 12 años). El diseño consistió en un Grupo Control (GC) y un Grupo Experimental (GE).

Se utilizó el instrumento de conocimientos sobre VIH/SIDA y otras ITS, el instrumento de creencias hacia el uso del condón con pareja regular, actitudes hacia el uso del condón con pareja regular, autoeficacia para usar condón ante situaciones de riesgo, comunicación sexual con padres, norma subjetiva, autoeficacia para usar condón en la próxima relación sexual, autoeficacia para posponer un encuentro sexual, intención de tener sexo e intención de usar el condón en próxima relación sexual, intención de tener sexo e intención de usar el condón en próxima relación sexual, (evaluados mediante un reactivo cada uno) y habilidad demostrada para usar correctamente un condón (Robles et al., 2006).

En el GE la intervención consistió en información y discusión sobre VIH/ITS y embarazos no deseados; toma de decisiones en la relación de pareja; métodos anticonceptivos con énfasis en los condones masculino y femenino; y entrenamiento en habilidades conductuales (uso correcto del condón, conversar con la pareja sobre temas sexuales y negociar con la pareja el uso del condón) y entrenamiento en las habilidades para conversar con los padres sobre distintos temas de sexualidad. La intervención se realizó en tres sesiones de dos horas cada una, utilizando el modelamiento, juego de roles y retroalimentación correctiva

como las técnicas de cambio conductual utilizadas en el entrenamiento de las habilidades conductuales. El GC sólo recibió una charla de educación sexual. La post evaluación se realizó un mes después de terminada la intervención y un seguimiento diez meses después, pero el 34.9% (87 de 249) de los estudiantes del grupo experimental y 56.2% (166 de 295) del grupo control aceptaron responder a las preguntas del seguimiento.

Los resultados mostraron un incremento significativo de conocimientos en el grupo experimental, pero el porcentaje máximo fue de 72% de respuestas correctas. También se observaron incrementos significativos de la preevaluación a la posevaluación en los estudiantes tanto de secundaria como preparatoria del grupo experimental en las variables que refieren creencias, actitudes, autoeficacia para usar condón ante situaciones de riesgo y en la intención de tener sexo; no se observaron cambios significativos en la norma subjetiva, la autoeficacia para usar condón en la próxima relación sexual ni en la intención para usarlo en la próxima relación sexual. La autoeficacia para posponer un encuentro sexual incrementó significativamente sólo en los participantes que recibieron el programa de intervención. En todos los casos, excepto en la intención de tener sexo, las puntuaciones obtenidas antes y después de la intervención estuvieron por arriba de la media teórica de cada variable. Algo importante a señalar es que en el grupo control también se observaron diferencias significativas entre la preevaluación y la posevaluación en creencias, actitudes, autoeficacia (sólo en “para usar condón ante situaciones de riesgo”) y la intención de tener sexo.

Al evaluar el efecto de acuerdo con el grado escolar se observaron incrementos de la preevaluación a la posevaluación en el porcentaje de aciertos, aunque estos fueron significativos sólo en el grupo que recibió la intervención, con porcentajes mayores en los estudiantes de preparatoria y no así en el grupo control. Empero, estos efectos fueron diferenciales, pues en los alumnos de preparatoria hubo cambio en conocimiento y actitudes, mientras que en los de secundaria fue en conocimientos, autoeficacia e intención de sexo.

Con respecto a la habilidad para hablar de temas de sexualidad con padres y la habilidad para el uso correcto del condón se observó un aumento estadísticamente significativo en el grupo experimental.

Se realizó un seguimiento 10 meses después de la post evaluación, pero únicamente se obtuvo información sobre intenciones de tener sexo, intenciones de usar condón y sobre la proporción de estudiantes que habían iniciado relaciones sexuales. Se observó que solamente el 1.2% (n = 3) y el 1.0% (n = 3) de los grupos experimental y control, respectivamente, reportaron haber tenido relaciones sexuales y todos ellos usaron condón en su primera relación sexual. Sobre las intenciones de tener sexo, en ninguno de los dos grupos el valor superó la media teórica y no hubo diferencias entre el GE y el GC. Con respecto a la intención de usar condón en la próxima relación sexual se mantuvo por arriba de la media teórica en los grupos experimental y control, aunque esta diferencia de medias no fue significativa.

Se puede concluir que la intervención fue exitosa al modificar creencias, actitudes, conocimientos, algunos elementos de autoeficacia y la intención de tener sexo en el grupo experimental. Sin embargo, una de las variables de mayor relevancia en el estudio que era la intención de utilizar condón no fue estadísticamente significativa, lo que señala que, si bien se modificaron a un nivel estadísticamente significativo las variables psicológicas según el modelo propuesto, éstas no se tradujeron en un cambio respecto al uso del condón.

Los autores señalan que desde la preevaluación las variables de creencias, actitudes, norma subjetiva, autoeficacia para usar el condón, para usarlo en situaciones de riesgo y para posponer un encuentro sexual, así como en la intención de uso del condón en la próxima relación sexual pudo haber sido un efecto de deseabilidad social. Sin embargo, el hecho de que en el grupo control también se observaron cambios en creencias, actitudes y autoeficacia, así como la intención de tener sexo podría significar una de dos cosas: 1) estos constructos, entendidos como el modelo los conceptualiza, son susceptibles a cambio con información, es decir, sin necesidad de un entrenamiento específico o 2) seguiría siendo un efecto de deseabilidad social nuevamente. Esto supone un problema

sobre la sensibilidad de estas variables, pues este efecto podría verse en otras intervenciones y no nos darían información sobre el comportamiento desplegado por los adolescentes. Lo último sería un obstáculo para evaluar los efectos de los programas que basen sus resultados en variables de este tipo. Por otro lado, también hubiera sido interesante que los autores hubieran realizado las mediciones de todas las variables en el seguimiento, para poder analizar si hubo cambios en ese lapso.

La habilidad de negociación no ha sido la única en la mira de los investigadores para poder propiciar el uso consistente del condón o de métodos anticonceptivos, pues como en algunos modelos señalan, las creencias forman parte de las variables a considerar, aunque algunos autores señalen que las creencias no cumplen un papel importante en esto (Piña, 2004; Piña & Urquidi, 2004; Urquidi & Piña, 2005), desde los modelos en su mayoría cognoscitivos se tornan relevantes y se han realizado programas considerando esta variable.

Un ejemplo de ello es el estudio realizado por Villarruel et al. (2006) el cual tuvo como propósito probar la eficacia de una intervención de prevención para reducir el comportamiento de riesgo sexual entre adolescentes latinos. Para lo anterior, participaron un total de 684 adolescentes latinos entre 13-18 años, pero se analizaron los datos de 553 (249 hombres, 304 mujeres), estudiantes de escuelas del noreste de Filadelfia, de los cuales el 81,6% se mantuvo a los 12 meses de seguimiento. La mayoría eran puertorriqueños (85.4%) y con una edad promedio de 14.9 años ($DE = 1.49$ años), el 86.9% estaban entre el octavo y undécimo grado. El estudio fue un ensayo controlado aleatorio con recolección de datos en la pre intervención; inmediatamente después de la finalización de la intervención de 2 días y a los 3, 6 y 12 meses después de analizar las intervenciones.

Se implementó el programa “¡Cuídate! (*Take care of yourself The Latino Youth Health Promotion*) en dos sesiones sabatinas de ocho horas. El programa es una adaptación del programa “*Be Proud! Be Responsible!*”, basados en las Teorías Social Cognitiva y las Teorías de Acción Razonada y Conducta Planeada. Se aleatorizaron a los participantes en un grupo experimental (intervención de

reducción de riesgo de VIH) y un grupo control (intervención de promoción de salud). Se les entregó una playera y una compensación económica por asistir a las dos sesiones (\$40), por el seguimiento a los 3 y 6 meses (\$20), y por el seguimiento de 12 meses (\$30).

El contenido del programa de intervención para el grupo experimental (Villarruel et al., 2005) constaba de 7 sesiones: 1) se discutían temas sobre el VIH/SIDA y algunos aspectos culturales de los latinos, 2) conocimientos sobre el VIH/SIDA, 3) tratamiento del SIDA, algunas actitudes del VIH, el romance (mediante *role play*), 4) actitudes y creencias acerca del VIH/SIDA y sexo seguro, mediante discusiones sobre la vulnerabilidad de los adolescentes y actitudes “machistas”, 5) habilidades para el uso del condón, 6) habilidades de negociación y rechazo mediante algunos juegos y *role play*.

“*¡Cuidate!*” también incorporó aspectos sobresalientes de la cultura latina, específicamente el familiarismo o la importancia de la familia y las expectativas del rol de género. La abstinencia y el uso del condón se presentaron como formas culturalmente aceptadas y efectivas para prevenir las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH. La intervención de promoción de la salud se centró en los comportamientos relacionados con los problemas de salud importantes que afectan a los latinos. Estos comportamientos incluyen dieta; ejercicio y actividad física; y cigarrillo, alcohol y uso de drogas. Los valores culturales latinos se presentaron como un contexto importante que respaldaba los comportamientos de salud positivos.

Se entrenaron a 41 facilitadores adultos con una edad promedio de 33.7 años ($DE = 10.23$ años) identificados como puertorriqueños. El entrenamiento fue para ofrecer información y habilidades relacionadas con su intervención específica, para alentar y asegurar la fidelidad de la implementación, así como generar motivación y entusiasmo. También se obtuvo un 87.6% de actividades completadas en todos los módulos.

En las medidas de los resultados, se preguntaba lo siguiente: si “habían tenido relaciones sexuales (pene en la vagina), si habían tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses (sí o no), número de días en que habían tenido

sexo, el número de veces que habían tenido sexo, el número de días en que habían tenido sexo sin condón, el número de parejas sexuales”. Sobre el uso del condón, las preguntas fueron: qué tan frecuentemente utilizaban condón (1= nunca, 5 = siempre), se crearon variables binarias que fueron creadas para el uso consistente del condón (siempre usa un condón; 0 = no, 1 = sí), y número de parejas (0 = 1 o sin pareja, 1 = 2 o más parejas). También se calculó la proporción de días sin protección (1-número de días de sexo sin condón/número de días de sexo). Los participantes también firmaron un formulario de acuerdo de encuesta en el que se comprometieron a responder preguntas honestamente y se aplicó un cuestionario de deseabilidad social.

En cuanto a los resultados, no se encontraron diferencias significativas entre grupos en la preevaluación y los angloparlantes fueron quienes en mayor proporción asistieron al seguimiento. Los participantes del grupo experimental tenían menos probabilidad de reportar relaciones sexuales en los pasados 3 meses durante el seguimiento y de reportar tener múltiples parejas durante el seguimiento comparado con el grupo control de forma significativa. No obstante, ambos grupos presentaron un aumento en el autoinforme de relaciones sexuales. Con respecto al uso consistente del condón, el grupo experimental mostró diferencias significativas y tuvieron menos probabilidad de reportar días de sexo sin protección con respecto al grupo control. Sin embargo, ambos grupos se ubicaron por debajo del 50% desde la preevaluación y hasta el seguimiento de 12 meses tanto en el grupo control como en el experimental con respecto al uso consistente del condón. No se encontraron diferencias significativas en el uso del condón en la última relación sexual ni en la proporción de días de sexo protegido.

Sin embargo, la experiencia sexual y el lenguaje primario tuvieron interacciones significativas con la intervención en los resultados seleccionados. Análisis adicionales revelaron que entre los adolescentes que no tenían experiencia sexual al inicio del estudio, los asignados a la intervención de reducción del riesgo de VIH tenían más probabilidades de tener menos días de sexo sin protección en comparación con los adolescentes en la intervención de promoción de la salud. Entre los hispanohablantes, las probabilidades de haber

usado un condón en la última relación sexual fueron casi cinco veces mayores para los adolescentes en la intervención de reducción del riesgo de VIH que en la intervención de promoción de la salud y también tuvieron una mayor proporción de sexo protegido que los hispanohablantes que participaron en la intervención de control de promoción de la salud.

El estudio de mencionados autores representa un esfuerzo en establecer intervenciones programadas con un seguimiento de un año, seguimiento que en pocos estudios se puede realizar y que además se obtenga un porcentaje por arriba del 80% de asistencia tras un año de la intervención. Resulta interesante este último dato, pues pudo deberse en parte a la gratificación monetaria que se les dio a los participantes de dicho estudio y que motivó la asistencia a la evaluación final.

En cuanto al contenido del taller, podría decirse que se basaron en conocimientos, roles de género, algunas habilidades del uso del condón y negociación del uso del condón (estas dos últimas variables de tipo conductual con menor contenido dentro de las 6 sesiones). Es importante señalar que las variables de creencias fueron más relevantes que las de corte conductual, siendo congruentes con el modelo del cual partieron. Este programa puede evaluarse como efectivo al incidir en variables como la consistencia del uso del condón, el número de parejas y el número de relaciones sexuales. Sin embargo, se debe observar que el porcentaje del uso consistente del condón fue por debajo del 50% y no hubo diferencias en el uso del condón en la última relación sexual, medida que puede ser más sensible según Robles et al. (2006) por ser la que mejor puedan recordar los participantes. También es importante señalar que no se observaron diferencias significativas en la proporción de relaciones sexuales protegidas, medida que resulta importante para evaluar el impacto del programa, pues es claro que en cuanto al uso del condón se refiere, una medida en la que se debe mostrar un efecto es en la tendencia de su uso, es decir, en el desarrollo de un hábito.

Finalmente, los autores señalan como limitaciones el que su muestra hubiera estado conformada mayoritariamente por puertorriqueños y que estos

resultados no se puedan generalizar a toda la población latina. Además, hubiera sido de gran interés conocer el peso de cada variable en el programa para conocer qué aportación tenía cada una en sus medidas resultado.

Basados en este mismo diseño, Gallegos et al. (2008) realizaron un estudio que tuvo por objetivos determinar si la intervención conductual-educativa “Reducción de riesgo de VIH/SIDA” produce un mayor incremento en las intenciones de tener sexo y usar condón y anticonceptivos en los adolescentes que la reciben, en comparación con los que reciben la de “Promoción de la salud” e identificar variables teóricas que median los efectos de la intervención conductual-educativa desde la teoría ecológica del desarrollo, sustentada en las Teorías Social Cognitiva, Teoría de la Acción Razonada y la Teoría de la Conducta Planeada, cuya premisa fundamental es que las intenciones son determinantes de la conducta, quienes a su vez están determinadas por las creencias conductuales, normas subjetivas y el control percibido sobre la conducta.

Para cumplir dichos objetivos participaron 829 adolescentes (459 mujeres y 370 hombres) entre 13 y 17 años (M de 15.2 años, $DE = 0.68$ años), provenientes de preparatorias de una universidad estatal de Monterrey entre 2002 y 2004. Se le invitó a uno de los padres a asistir en el programa *Cuídate Promueve tu Salud*, con seis horas de duración. Se dividió a la población en grupo control (Promoción de salud) y grupo experimental (reducción de VIH/SIDA) de forma aleatoria. Una vez en la condición, se estratificaron por género y edad asignándolos aleatoriamente a grupos de 6-8 integrantes. El procedimiento se repitió por cada ocasión que recibían nuevos grupos por los 18 meses. Se aplicaron los cuestionarios antes y después, a los 3, 6 y 12 meses. Se les dio una playera y \$150 a quienes acudieron a las dos sesiones y \$100 por cada cuestionario.

Con respecto a las intervenciones, se impartieron dos: a) reducción del riesgo del VIH/SIDA y b) promoción de salud. Tuvieron similitudes en características como el tema “Cuídate” en formato y contenido. El currículo de “Reducción del riesgo del VIH/SIDA”, utilizado con el grupo experimental fue

adaptado del currículo para jóvenes latinos (Villarruel et al., 2005; Villarruel et al., 2006), eliminando componentes únicos para latinos de Estados Unidos y hacer énfasis en abstinencia y uso del condón para evitar embarazos no planeados e ITS considerando información extra (Villarruel et al, 2006).

Al igual que en el estudio de Villarruel et al. (2006) se entrenaron facilitadores y se obtuvo una fidelidad al protocolo del 89.7% de los casos. Las variables resultado fueron las intenciones de tener sexo y usar métodos anticonceptivos debido a la poca proporción de participantes con experiencia sexual (9.5% de adolescentes al inicio y 16% en el seguimiento de 12 meses). Las variables se midieron por probabilidad de llevar a cabo la conducta (intención), tener sexo y usar anticonceptivos se cuestionó con un reactivo cada uno y usar condón, con tres reactivos. Las variables moderadoras fueron género, edad y experiencia sexual reportada. Se aplicó la Escala Complacencia Social de Crowne- Marlowe con 13 reactivos para validación de los resultados. Las variables mediadoras fueron: creencias conductuales, normativas y de control en las relaciones sexuales, medidas por escala tipo Likert de 5 puntos. La variable de creencias conductuales del uso del condón mediante instrumento de prevención (los condones previenen embarazo, ITS y SIDA), hedonístico (el condón no interfiere con el placer sexual) y reacción de la pareja (la pareja tendrá una reacción favorable al uso del condón); las creencias normativas sobre aprobación del uso del condón por parte de madre, padre, pares y pareja sexual con reactivos individuales; creencias sobre el control, del uso del condón por instrumentos de impulsos (ejercen autocontrol y usan el condón aún en periodo de excitación sexual), creencias sobre negociación con la pareja (pueden hablar y convencer a su pareja de usar el condón), disponibilidad (tendrían acceso a los condones cuando los necesitaran); habilidades técnicas (podrían usar condones con destreza) y autoeficacia en uso de condones (podrían usar los condones en forma apropiada). Las intenciones del uso del condón en los siguientes tres meses.

Los resultados mostraron que el 2.1% ($n = 27$) reportó haber usado condón en la relación sexual más reciente, y de los que dijeron haber tenido relaciones sexuales en los pasados tres meses, solamente 8.6% ($n = 3$) dijo haber

usado condón consistentemente. Hubo una baja deserción, pues el 94.7% acudió a los 3 meses, 94.6% a los 6 meses y 90.6% a los 12 meses.

Sobre los efectos en la intervención no hubo diferencia en intención de tener relaciones sexuales entre grupo experimental (GE) y grupo control (GC), pero sí en intención de usar condón y de usar anticonceptivos en los siguientes tres meses, siendo el GE el grupo con mayor intención. Las variables de edad, género y complacencia social no fueron variables moderadoras en intenciones de tener relaciones, uso de condón o anticonceptivos.

Con respecto a los análisis de mediación en la intervención, todas las variables de mediación mostraron efectos significativos sobre la intención del uso del condón y anticonceptivos. Los adolescentes en el grupo experimental tuvieron valores más elevados en las variables mediadoras que los del grupo control. Las creencias hedonísticas y sobre control, con excepción de la disponibilidad de condones, fueron los mediadores más fuertes de la intervención, reduciendo su efecto con respecto a la intención del uso del condón. Con respecto a los métodos anticonceptivos todas las creencias conductuales normativas y sobre control mediaron el efecto de la intervención. Las creencias hedonísticas constituyeron el mediador más fuerte de la intervención, mientras que otras creencias tuvieron efecto más débil.

Los autores señalan que la intervención fue efectiva toda vez que se registraron diferencias significativas en las intenciones, que según el modelo en el cual se basaron predicen la conducta. Como limitaciones menciona que un bajo porcentaje tenía experiencia sexual, pero se presentó el plan de realizar un seguimiento 48 meses después para examinar los resultados.

Existen varios elementos que son valiosos del estudio descrito. En primer lugar, la modificación de un currículum que había mostrado efectividad en Estados Unidos y probar su efectividad en México. La gran participación y además la poca deserción también se pudo deber a la gratificación económica, que, si bien implica una cantidad significativa, genera un mejor análisis de resultados. Sin embargo, la mayor duda es saber si las intenciones se reflejarán en conductas una vez que los adolescentes inicien su vida sexual y las no diferencias encontradas en la

intención de tener relaciones sexuales, cuando la intervención se centraba en la abstinencia.

En este contexto de conocer los efectos del estudio recién descrito, Villarruel et al. (2010) evaluaron la efectividad del programa de sexualidad “¡Cuídate!” en conductas sexuales, uso de condón y uso de otros métodos anticonceptivos en jóvenes mexicanos 48 meses después de la intervención realizada por Gallegos et al (2008). Del total de los 829 participantes del programa de intervención, 768 adolescentes (394 adolescentes del grupo experimental y 314 adolescentes del grupo control) acudieron al seguimiento, a quienes se les dieron \$10 USD por su completar el cuestionario.

Las medidas fueron las mismas que en el estudio previo, se les preguntó si habían tenido relaciones sexuales (pene dentro de la vagina) y si fue así, la edad en que esto ocurrió por primera vez. En preguntas separadas se preguntó si habían usado condón o algún método anticonceptivo la primera vez que tuvieron relaciones sexuales. Dado los últimos tres meses como punto de referencia, se preguntó a los adolescentes que indicaran en una escala tipo Likert qué tan frecuentemente habían usado un condón (0 = nunca a 5 = siempre). También se les preguntó el número de parejas sexuales en los últimos 3 meses. También se les preguntó si habían tenido relaciones sexuales en alguna ocasión, si habían tenido relaciones sexuales en los últimos 3 meses. Se crearon variables binarias para la consistencia del uso del condón (sí y no) y número de parejas sexuales (sin pareja o una pareja y dos o más parejas). De igual forma se aplicó la versión corta de *Marlowe-Crowne Social Desirability Scale* conocida como MC-C para examinar la influencia de la deseabilidad social (tendencia a dar respuestas favorables para obtener la aprobación de otros) con puntajes que estaban entre 0 y 1. Los mayores puntajes reflejaban más baja deseabilidad social.

Para probar la eficacia a largo plazo de la intervención *Cuídate* en la reducción de comportamientos sexuales de riesgo, solo se usaron datos en un punto de tiempo único (48 meses). Este enfoque se aplicó porque 1) no hubo diferencias estadísticamente significativas en el comportamiento sexual, el uso del condón u otro uso de anticonceptivos entre el grupo de intervención y el grupo de

control en cualquier punto temporal (es decir, durante las medidas previas o en tres, seis, y 12 meses de seguimiento) (20), y 2) no hubo correlaciones significativas entre las medidas previas a la prueba y el comportamiento sexual, el uso de condones o el uso de otros anticonceptivos a los 48 meses. Para determinar los efectos de la intervención en el uso consistente del condón, frecuencia del uso del condón, frecuencia de uso de anticonceptivos, y número de parejas, se excluyeron a los participantes casados ($n = 45$).

La edad promedio de los participantes fue de 19.22 años ($DE = 0.73$ años). El 60% de los participantes ($n = 423$) reportó que había tenido relaciones sexuales. La edad promedio de debut sexual fue de 17.15 años ($DE = 1.54$ años). De los 334 adolescentes que habían reportado tener relaciones sexuales en los 3 meses anteriores, 81% ($n = 285$) dijo que había usado condón, pero sólo 42% ($n = 146$) reportó haberlo usado consistentemente durante ese periodo. Aquellos que reportaron haber usado condón en los tres meses anteriores lo hicieron en un promedio de 2.26 veces ($DE = 4.87$), mientras que el uso de algún anticonceptivo ocurrió en promedio de 2.98 veces ($DE = 8.05$). Sólo el 15% ($n = 49$) de los participantes reportaron haber tenido más de una pareja sexual en los tres meses anteriores.

Con respecto a la comparación entre grupos, el grupo experimental mostró una mayor proporción de uso de condón y anticonceptivos en su primera relación sexual en comparación con el grupo control (75% contra 64% y 74% contra 65%, respectivamente, siendo estas diferencias estadísticamente significativas), pero no así en haber tenido sexo, uso consistente del condón, haber tenido más de una pareja sexual, la edad promedio de la primera relación sexual (16.99 años, $DE = 1.69$ en el grupo experimental y 17.26 años, $DE = 1.41$ en el grupo control), frecuencia del uso del condón en los pasados 3 meses, frecuencia de uso de anticonceptivo en los pasados 3 meses ni en deseabilidad social.

Por otro lado, al controlar las variables de género y deseabilidad social, el análisis mostró efectos significativos en el grupo experimental en el uso de condón en la primera relación sexual, uso de anticonceptivos en la primera relación sexual y edad de la primera relación sexual. Es decir, los adolescentes del grupo

experimental fueron mayores al experimentar su primera relación sexual, tuvieron más probabilidad de utilizar condón en su primera relación sexual y otro anticonceptivo en su primera relación sexual. Todas estas diferencias comparadas con el grupo control.

La deseabilidad social predijo el efecto de la intervención en la edad de la primera relación sexual. Análisis posteriores indicaron que los adolescentes del grupo experimental reportaron niveles bajos y moderados de deseabilidad social (menos de 0.71) también reportaron ser mayores en la primera relación sexual que aquellos que reportaron niveles similares de deseabilidad social en el grupo control.

Los autores del estudio previamente descrito señalan que los resultados pudieron verse sesgados porque ambos grupos tenían contacto en los seguimientos, que el seguimiento haya sido muy largo y que el entrenamiento haya sido corto y la relación débil de usar anticonceptivo en su primera relación sexual. Señalan también que los efectos de la intervención fueron similares independientemente del género.

Sobre las limitaciones, consideran una importante el que no supieran en qué momento los adolescentes dejaron de utilizar condón y cuáles fueron las razones.

El trabajo aquí descrito es admirable en términos de poder realizar un seguimiento de 48 meses, pues en pocas ocasiones esto se puede lograr y además con un porcentaje tan alto de participantes en el seguimiento. Los resultados, por otro lado, parecen un poco desfavorables considerando que en el estudio previo todas las variables que el modelo consideraba como mediadoras habían, en efecto, tenido un impacto en las intenciones del uso de condón y anticonceptivos. Es importante señalar que una de las variables de mayor interés no se vio afectada por el programa, que era la consistencia del uso del condón. Nuevamente, el uso del condón debe ser consistente para evitar riesgos de embarazos o ITS. También es importante señalar que en ambos grupos el porcentaje de participantes que refirió haber usado consistentemente el condón fue por debajo del 50% (GE 43.43% y GC 39.19%). Además, debe considerarse la

forma de evaluar esta medida, pues en comparación con otros estudios, en éste se midió por escala tipo Likert.

Kudo (2013) realizó un estudio de intervención, pero desde el modelo de Información-Motivación-Habilidades conductuales (IMB). El objetivo fue evaluar la efectividad del programa educativo de uso del condón desarrollado utilizando el modelo IMB para jóvenes japoneses en la adolescencia y principios de los 20 años con y sin experiencia sexual. Para lo anterior participaron 94 jóvenes en el grupo de intervención y 186 en el grupo control (sin intervención).

Se administró un cuestionario que recolectaba información demográfica, información del VIH, motivación (a través de actitudes hacia la anticoncepción y el sexo, y la percepción del riesgo de embarazo o infección por VIH / ETS), las habilidades conductuales (evaluadas utilizando dos herramientas de medición: reacción anticipada cuando se propone el uso del condón y una escala de autoeficacia) y la conducta sexual (relaciones sexuales de por vida, la edad en la primera relación sexual, el uso del condón en la primera relación sexual, las parejas sexuales de por vida y la frecuencia de uso del preservativo, la relación sexual durante el mes anterior, la frecuencia del uso del preservativo durante el mes anterior, la frecuencia de insistir a la pareja el uso del condón durante el mes anterior, compra o carga de condones durante el mes anterior y el uso de un condón en la relación sexual más reciente).

El grupo de intervención completó una encuesta de línea base, una encuesta posterior a la prueba inmediatamente después del programa y encuestas de seguimiento 1 y 3 meses después del programa. El grupo de control completó una encuesta de línea base y encuestas de seguimiento 1 y 3 meses después de la línea base. La encuesta de línea de base incluyó preguntas relacionadas con la demografía, información, motivación, habilidades de comportamiento y comportamiento sexual. La encuesta posterior a la prueba y de seguimiento (solo grupo de intervención) incluyeron preguntas sobre si el participante asistió o no a las sesiones y sobre las variables medidas. Los participantes escribieron sus nombres y direcciones en los sobres para la prueba posterior (solo para el grupo de intervención) y las encuestas de seguimiento. Los sobres fueron recogidos por

un investigador. Luego, cada uno de los participantes completó la encuesta de base de forma anónima, la selló en el sobre y se la dio a un investigador. El grupo de intervención asistió a la primera sesión del programa educativo sobre el uso del condón inmediatamente después de completar la encuesta de línea base. Después del final de la segunda sesión, los sobres que contenían los formularios del cuestionario para la encuesta posterior a la prueba se enviaron por correo o se entregaron a los participantes del grupo de intervención, que respondieron con un sobre dirigido a los investigadores. Los cuestionarios para las encuestas de seguimiento se enviaron por correo a los participantes del grupo de intervención 1 y 3 meses después del programa, y se enviaron por correo o se entregaron a los participantes del grupo de control 1 y 3 meses después de la línea de base.

El programa consistió en dos sesiones de aproximadamente 90 minutos, aplicado en dos días en grupos de 2 a 9 participantes del mismo sexo (7 grupos de hombres y 12 de mujeres). El programa estuvo constituido de la siguiente manera:

Primera sesión: Se les daba información relacionada con la infección por el VIH y cómo interrumpe la inmunidad, las rutas de la infección por VIH, el estado actual del VIH / SIDA, los efectos de la infección por el VIH en el cuerpo y la vida cotidiana, cómo funciona la anticoncepción, el período para el aborto y los efectos del aborto. También se consideraron las actitudes afirmativas hacia el uso del condón y evitar el comportamiento sexual sin protección a través de una discusión de los posibles resultados de las relaciones sexuales y el significado de asumir la responsabilidad del propio comportamiento.

Segunda sesión: Se les mostraba a los participantes cómo usar condones masculinos y femeninos a través de imágenes gráficas de computadora, ayudándoles no solo a adquirir los conocimientos y habilidades correctas relacionadas con el uso del condón, sino también a perder su resistencia a los condones y a sentirse motivados a usarlos. La lluvia de ideas y los juegos de roles se utilizaron para que los participantes adquirieran habilidades de comunicación sexual y negociación relacionadas con el uso del condón, para garantizar el uso del condón y evitar las relaciones sexuales sin protección. Los participantes

también recibieron mensajes de personas con VIH al final de esta sesión, para que aumentara su percepción del riesgo de infección por VIH y los motivara a usar condones.

La efectividad del programa se analizó mediante las respuestas de 157 participantes (28 grupo de intervención con una edad promedio de 17.9 años y 129 del grupo de control con una edad promedio de 16.2 años) que respondieron todos los cuestionarios de la encuesta (línea de base, 1 mes y 3 meses); tres personas dieron respuestas contradictorias con respecto a las relaciones sexuales y fueron excluidas.

Los resultados mostraron que no hubo diferencias significativas en la proporción de sexos, edad promedio o proporción de estudiantes universitarios y de secundaria entre los grupos. Sin embargo, hubo una diferencia significativa entre los grupos en las relaciones sexuales de por vida.

No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en las variables de edad de primera relación sexual, parejas sexuales en la vida ni uso de condón entre personas con experiencia sexual. Entre las personas con experiencia en relaciones sexuales, se encontró una diferencia significativa entre los grupos en el conocimiento relacionado con el VIH / ETS (información) y la propia repugnancia o rechazo del uso del condón (reacción predicha hacia el uso del condón propuesto), con ambos puntajes más bajos en el grupo de intervención. No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de intervención y de control para la información, la motivación y las habilidades de comportamiento entre las personas sin experiencia sexual.

Debido a que hubo una diferencia significativa entre los grupos de intervención y de control en la proporción de sujetos que tuvieron experiencia en relaciones sexuales, información, motivación y habilidades de comportamiento en las encuestas de referencia, 1 mes y 3 meses, se compararon las encuestas entre ambos grupos entre las personas con experiencia sexual y entre personas sin experiencia sexual. Se observó un efecto significativo en interacciones entre las respuestas para el conocimiento relacionado con el VIH / enfermedades de transmisión sexual (información), posibilidad de infección al usar un condón (la

percepción del riesgo de infección por VIH), alivio / confusión asociada con el uso del condón (habilidades de comportamiento, reacción anticipada al uso propuesto del condón) y autoeficacia del uso del condón. En el análisis de medidas repetidas de cada grupo, los puntajes para el conocimiento relacionado con el VIH/ITS en el grupo de intervención fueron significativamente más altos en la encuesta de seguimiento de 1 mes que en la encuesta de línea base.

En el grupo de intervención, los puntajes de alivio / confusión asociados con el uso del condón fueron significativamente más altos en la encuesta de seguimiento de 3 meses que en la encuesta de línea base, y los puntajes de autoeficacia del uso del condón fueron más altos en el seguimiento de 1 mes y 3 meses encuestas que en esa misma encuesta. Además, aunque no se encontró interacción, las puntuaciones para evitar el uso del condón fueron significativamente más bajas en las encuestas de seguimiento de 1 mes y 3 meses que en la encuesta de referencia tanto en los grupos de intervención como en los de control.

En cuanto a los participantes sin experiencia sexual, se observaron interacciones entre las respuestas para el conocimiento relacionado con el VIH / ETS, evitación del uso del condón y en la variable de motivación. En el análisis de medidas repetidas de cada grupo, los puntajes para el conocimiento relacionado con VIH/ITS en el grupo de intervención fueron significativamente más altos en las encuestas de seguimiento de 1 mes y 3 meses que en la encuesta de línea base. Las puntuaciones para evitar el uso del condón fueron significativamente más bajas en el grupo de intervención en las encuestas de seguimiento de 1 mes y 3 meses que en la encuesta de línea base.

Se compararon los resultados de los participantes de la línea base en todas las variables del grupo de intervención y se encontró que los puntajes de la encuesta posterior a la prueba fueron más altos para el conocimiento relacionado con el VIH / enfermedades de transmisión sexual, alivio/confusión asociada con el uso asociado del condón, autoeficacia en el uso del condón, y posibilidad de quedar embarazada cuando se usa la eyaculación extravaginal (encontrándose una disminución en este caso). En comparación con la encuesta de línea base, las

puntuaciones de la encuesta posterior a la prueba fueron más bajas para evitar el uso del condón, confianza en la eyaculación extravaginal y personas para practicarla, y posibilidad de ITS al usar un condón. También se encontró una diferencia significativa entre la encuesta posterior a la prueba y la encuesta de seguimiento de 1 mes para la confianza en la eyaculación extravaginal y las personas que la practican con un mes significativamente más alta. No se encontraron diferencias entre la encuesta posterior a la prueba y la encuesta de seguimiento de 1 mes en otras escalas.

Los autores señalan que el programa descrito pudo incrementar el nivel de conocimientos y la autoeficacia, pero no así el uso del condón. En cuanto a que no se incrementó la frecuencia del uso del condón, los autores mencionan que podría ser debido a algunas causas: a) que ya tenían experiencia sexual; b) que estaban involucrados en una relación de varios meses, lo cual dificultaría más el que lo utilizaran si hubieran tenido una historia de no utilizarlo; c) que el programa no dotó de suficientes habilidades a los participantes; d) el tiempo de seguimiento fue muy corto y tenían pocos casos para analizar. Finalmente señalan que las limitaciones del número de participantes en general y el número de participantes con experiencia sexual pudieron haber sesgado sus resultados y se requeriría de un mayor número.

Por otro lado, existen estudios que se basan más en el desarrollo de habilidades y que integran más técnicas además de las habilidades sociales y que no se centran en intenciones. Ejemplo de lo anterior es un estudio realizado por DiClemente y Wingood (1995) cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de una intervención de reducción del riesgo sexual del VIH basada en la comunidad para mejorar la adopción y el mantenimiento del uso constante del condón entre las mujeres afroamericanas jóvenes adultas económicamente desfavorecidas. Participaron un total de 128 mujeres afro americanas residentes en San Francisco, California entre 18 y 29 años (23 años promedio, DE = 3.8 años), de las cuales 100 completaron el seguimiento de 3 meses. Los criterios de inclusión eran ser sexualmente activa, mujer heterosexual afroamericana entre 18 y 29 años que

vivieran en *Bayview-Hunter's point*, sin haber consumido drogas en los últimos tres meses.

Primero se les entrevistó y se les otorgó un total de \$10 USD. Se eligió al azar el grupo al que pertenecerían. Existieron tres condiciones: cinco sesiones de habilidades sociales ($n = 53$), una sesión de educación sobre VIH ($n = 53$), o una demora de la educación sobre el VIH ($n = 40$). Respecto a la intervención en habilidades sociales, se utilizó la Teoría Social Cognitiva y la Teoría de Género y Poder para guiar la intervención tanto teórica como empírica. Durante cinco sesiones se les dio información sobre género y orgullo étnico, información sobre VIH (estrategias de prevención eran incluidas), asertividad sexual y entrenamiento en comunicación (juego de roles) en donde tenían que diferenciar estilos asertivos, agresivos y pasivos en caso de que su pareja hubiera tomado alcohol, uso correcto del condón y el fomento de normas positivas hacia su uso consistente y desarrollo de *cognitive coping skills* (asertividad en escenarios sexuales) que incluía el que se representara un escenario de negociación y el participante resolviera el problema a través del ensayo cognitivo. En cuanto a la condición de educación de VIH los participantes sólo recibieron una sesión de dos horas que contenía solo información sobre el VIH mismo, mientras que los participantes de la condición de VIH demorado no recibieron información de VIH hasta que completaron las entrevistas de seguimiento recibieron educación sobre el VIH basada en el género y culturalmente apropiada. Las participantes evaluaban cada habilidad después de las sesiones y se obtuvo un puntaje de 96 de 100.

Las principales medidas fueron el conocimiento (6 respuestas de “cierto” o “falso” desarrollado por autores), autocontrol sexual (evaluado a través de la afirmación “si el condón no está a la mano, tendría relaciones sexuales de todas formas”), asertividad (“¿alguna vez has demandado a tu pareja sexual regular que use condón?”), comunicación sexual (“¿has preguntado alguna vez a tu pareja sexual regular que use condón?”), normas de pareja (se utilizó la *Interpersonal Impact subscale of the Condom Attitude Scale*), el uso del condón (11 ítems que medían habilidad) y el uso consistente (se dividía el número de relaciones sexuales en las cuales se utilizó condón entre el número de relaciones sexuales

totales vaginales en los 3 meses de seguimiento). Todas las medidas se realizaron en la línea base y después de la intervención, incluyendo el uso de alcohol antes de tener relaciones sexuales.

Sobre la línea base, se observaron diferencias en cuanto a la probabilidad de estar en una relación a largo plazo (mayor en grupo de habilidades sociales), de ingresos (menor porcentaje de personas con poco ingreso en el grupo de demora), pero no significativas. En cuanto al tipo de intervención, los resultados mostraron un incremento significativo en el grupo de habilidades sociales en las variables de uso consistente del condón, mayor autocontrol sexual, mayor habilidad de comunicación, mayor asertividad sexual y un aumento en la adopción de las normas del de la pareja que apoyan el uso consistente del condón en comparación con el grupo de demora, sin embargo, no se encontraron diferencias en las habilidades del uso del condón. No se encontraron diferencias entre la condición de educación y demora. Se resalta que el uso consistente del condón en todos los grupos fue inferior al 50%, siendo el grupo de habilidades sociales el de mayor porcentaje en el seguimiento (46.9%).

Los autores señalan la importancia del desarrollo de habilidades interpersonales como el eje de los programas más allá de la mera información, pues en los grupos donde sólo se daba información no hubo una diferencia del uso consistente del condón. Los mismos autores señalan que es el uso consistente del condón la variable resultado más importante a tomar en cuenta en los programas de intervención. Se establece que la teoría del género y poder fue una buena base para la implementación de habilidades sociales, pues en las relaciones heterosexuales puede haber posiciones inequitativas de poder en relación con los hombres. Los autores señalan la importancia de esta teoría al comentar que las teorías de cambio conductual no consideran factores sociales. Finalmente mencionan que la efectividad del programa pudo deberse a que educadores de salud de pares implementaran la intervención en el grupo de habilidades sociales.

El estudio descrito implica un gran esfuerzo en la promoción del uso del condón. En primer lugar, considera el entrenamiento de diferentes habilidades en

el grupo de habilidades sociales, que incluye ya el autocontrol, técnica que prácticamente no se ha utilizado en otros programas. En este programa se entrenó a través de ensayos cognoscitivos para resolver problemas. Esto podría haberse entrenado mediante la evaluación de la situación y el control de la conducta propia, es decir, el que se entrenara a las participantes a anticiparse a situaciones, establecer formas de evitarlas o resolverlas y que esto redundara en una habilidad para poder anticiparse a situaciones y comportarse en función de eso, pero en la descripción pareciera ser más apegado a la técnica de solución de problemas. Aunque se evaluó el autocontrol, solo fue mediante una pregunta que consideraba los objetos (tener o no condones), pero que podría evaluarse al integrar diversos factores que intervienen en el uso del condón en determinada situación.

Otro dato importante para considerar fue el efecto de las habilidades de comunicación, pues se estimaba que la habilidad de comunicación era 4.1 veces más alta en el grupo de habilidades sociales que en el grupo de demora.

Finalmente se resaltan las características de la población y su ajuste con el diseño del programa, pues participaron mujeres afroamericanas y el taller contenía una sesión de orgullo étnico. Esto pudo establecer una correspondencia entre las creencias, en términos del “deber ser” y las prácticas.

En suma, lo anterior no deberá entenderse en aislado, pues es claro que en un programa de intervención las técnicas pueden relacionarse entre sí e interactuar, es decir, no puede entenderse el efecto del programa sin considerar el conjunto de técnicas empleadas. A pesar de ello, aún se encuentra por debajo del 50% del total de relaciones sexuales el utilizar condón, lo cual significa cierto nivel de riesgo.

Además de la población estadounidense y latina, existen también estudios en África, que como se sabe, tiene la mayor incidencia de casos de infecciones de transmisión sexual, aunque ha tenido grandes avances en la actualidad. Ejemplo de estos esfuerzos es el trabajo de Michielsen et al. (2012) al evaluar la efectividad de la intervención de educación entre pares para la prevención del VIH implementada por la Sociedad de la Cruz Roja de Rwanda en el distrito de Bugesera para aumentar los conocimientos relacionados con el VIH, reducir las

conductas de riesgo sexual y cambiar las actitudes. Dicha intervención es basada en la Teoría de la Acción Razonada, la Teoría del Aprendizaje Social, Teoría de la Difusión de las Innovaciones y el modelo de Creencias de la Salud.

La intervención fue implementada en quince escuelas secundarias en el distrito de Bugesera (Rwanda) y fue implementada por la Cruz Roja Rwandana. El objetivo de este programa fue promover la salud sexual y reproductiva en las comunidades de la escuela secundaria al activar el club anti-SIDA en la escuela. Dicho programa fue diseñado en función de manuales en la educación de pares efectiva y la experiencia de dos organizaciones especializados en salud sexual.

La intervención consistió en un entrenamiento de seis días con cinco estudiantes (educador de pares) de cada escuela participante, quienes fueron seleccionados por el maestro disciplinario en función de criterios predefinidos (edad, sexo, año de estudio), así como un maestro por escuela encargado de ayudar a los participantes en sus actividades diarias. El entrenamiento consistió en información de la Cruz Roja y sus principios fundamentales, VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual, planificación familiar y embarazos, el rol del educador de pares y métodos de enseñanza. Los directores de las escuelas asistieron a la información del programa de medio día.

Los educadores de pares se encargaron de enseñar a sus compañeros cómo adoptar una actitud positiva y conductas responsables, así como el respeto dentro de las relaciones y responsabilidad personal por el comportamiento protector. Esto se hizo a través del asesoramiento grupal e individual, actuaciones dramáticas, canciones y otros métodos interactivos. A lo largo de la duración de la intervención, las actividades de los educadores de pares fueron monitoreadas y se dio un seguimiento por parte del coordinador distrital de cruz roja. Los educadores tenían que entregar un informe de actividad cada trimestre. La intervención inició en agosto de 2009 y finalizó en noviembre del mismo año.

En el estudio se evaluó el conocimiento, actitudes y conductas de los estudiantes en tres momentos en un periodo de dieciocho meses: marzo de 2009 (línea base), marzo de 2010 y septiembre de 2010. Se seleccionaron las escuelas de una base intencional para tener la mayor diversidad: educación

(básica/superior), ubicación (urbana/rural), antecedentes religiosos (mezclada, católica o islámica), número de estudiantes (pocos/muchos) y financiamiento (público/privado).

El cuestionario fue desarrollado en francés y traducido a Kinyarwanda (uno de los idiomas oficiales) y probado para su comprensibilidad en 30 estudiantes del primer año de secundaria. Dado que los estudiantes no fueron aleatorizados, se excluyeron de los análisis los participantes con puntos de propensión fuera del área. Se realizaron análisis de regresión logística y marginales lineales para conocer los efectos de la intervención.

La variable independiente fue que se expusiera al programa de educación entre pares, señalando a cuántas actividades había asistido de las seis programadas, las cuales eran evaluadas de 0 (no participó) a 12 (participación activa). Las siete variables dependientes fueron: a) conocimiento de los modos de protección del VIH (11 ítems acerca de la forma de protegerse); b) actitudes hacia el VIH, mediante tres constructos que incluían la percepción de susceptibilidad al VIH (4 ítems), percepción de severidad del VIH (medido mediante la oración “en el presente, el peligro del SIDA ha casi terminado” con opciones de respuesta de acuerdo o desacuerdo), estigma promulgado (medido mediante dos ítems en donde se cuestionaba si aceptarían que un maestro con VIH positivo les diera clases y si los alumnos con VIH positivo debían ser expulsados de la escuela); c) conducta sexual, evaluada al preguntar si habían tenido relaciones sexuales alguna vez, si habían tenido sexo en los últimos seis meses y si habían utilizado condón en su última relación sexual (con opciones de respuesta de “sí” y “no” en todos los casos).

Los puntajes de propensión incluyeron ocho variables sociodemográficas y dos conductuales de la línea base, elegidas porque demostraban diferencias significativas entre los estudiantes del grupo de intervención (GI) y los del grupo control (GC). Las variables fueron las siguientes: sexo, edad, haber tenido alguna vez sexo, el haber utilizado condón en la última relación sexual, haber tenido sexo en los últimos seis meses, haberse realizado la prueba del VIH, nivel socioeconómico y si vivían en la escuela o con los padres. Además, dos variables

de confusión fueron evaluadas en los modelos: uso de alcohol y auto concepto sexual.

En los resultados se observó que la edad promedio del GI fue de 17.6 años y de 18.41 años en el GC, hubo un 71.8% de retención en la tercera encuesta a los 18 meses de la intervención (1400/1950), encontrándose como razones por abandono el abandonar la escuela (63%), enfermedad (9%) y ausencia en el momento de la escuela (28%). Además, esta retención fue mayor en el grupo control que en el grupo experimental significativamente (65.1% vs 79.7%).

En un número de factores había diferencias significativas entre ambos grupos en la línea base: la edad promedio en el GI era mayor, mayor número de estudiantes siguiendo la educación técnica y menos en contabilidad en el GI, mayor nivel socioeconómico en el GC, mayor número de estudiantes que tuvieran experiencia sexual en el GI, un mayor número de estudiantes se habían realizado la prueba del VIH en el GI, mientras que el GC tenía más conocimientos sobre el VIH. Después de ajustar el puntaje de propensión, solo la situación en la que vivían era significativamente diferente entre ambos grupos. Después de esto, solo los datos de 1588 de los 1950 estudiantes iniciales fueron analizados.

Durante el periodo de la intervención el número de estudiantes sexualmente activos fue mayor en el GI que en el GC (42.93% vs 32.17%), al igual que en la proporción de estudiantes que habían tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses (14.46% vs 7.84%) y el uso del condón en la última relación sexual (47.37% vs 40.74%), aunque este incremento no fue significativo entre los grupos. Cabe señalar que las variables de conocimientos de las formas de protección de VIH (10% vs 10%), susceptibilidad percibida al VIH (7% vs 6%), severidad percibida del VIH (23.79% vs 15.36%) y estigma promulgado (ambos 0%) tuvieron porcentajes muy bajos en ambos grupos (aunque en la última variable esto representa algo positivo).

El uso del alcohol (tanto ocasional como frecuente) tuvo un impacto significativo en ser sexualmente activo y en actividad sexual reciente. Los participantes con un mayor auto concepto sexual eran más propensos a ser

sexualmente activos y a haber tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses y menos propensos a reportar estigma.

Los autores señalaron que algunas de las limitaciones de su estudio fue el no haber podido aleatorizar a los grupos, que en algunos casos algunos alumnos de ciertas escuelas pudieran haber estado más expuestos a información sobre el VIH, los autores no pudieron estar presentes en todas las actividades, hubo una reducción de actividades organizadas por los educadores de pares (aunque se señala que si hubiera sido una de las causas del bajo impacto de la intervención, se debió haber reflejado en mejores resultados en la primera parte y esto no fue así), el que el diseño de la intervención estuviera enfocada más a la información y que no necesariamente esto se traduzca en un cambio conductual, que no se consideraran más que factores individuales, el que los participantes hubieran preferido la información de fuentes formales, el que la credibilidad de un educador de pares sea a través de su propia conducta y no de mensajes y el que las medidas de haber utilizado condón en la última relación sexual y número de parejas no necesariamente reflejen que los adolescentes tengan conductas riesgosas.

Finalmente, los autores consideran que se deben de tener más acciones que la mera reproducción de la información, redefinir el papel de los educadores, que puedan referir a otros especialistas o servicios y considerar evaluar factores que indiquen el contexto en el cual se relacionaron los jóvenes.

Del estudio previo se puede analizar que hubo una base teórica que probablemente no haya correspondido con las variables dependientes, pues se dio por hecho que la información sería elemento suficiente para cambiar las conductas sexuales de los jóvenes y esto no sucedió así. Como bien lo señalan los autores, probablemente tampoco el diseño haya sido el idóneo, pues el porcentaje de los conocimientos y las percepciones estuvo por debajo del 30%, lo cual señala que, si no se cumplieron los objetivos de modificar esas variables, poco probable iba a ser que se modificaran las variables conductuales. Además, el que los educadores de pares hayan regulado esta intervención pudo tener un efecto en el que no tuvieron la función de propiamente regular la conducta de los adolescentes.

Es importante considerar que, como bien lo mencionan los autores, existen factores que no fueron señalados en esta intervención como en el uso del alcohol, que mostró modificar las conductas sexuales de los estudiantes mismos. Finalmente, también se debe considerar que Rwanda se encuentra en el continente en donde hay un mayor número de casos de embarazo en adolescentes a nivel mundial, lo cual también implica un reto mayor, probablemente favorecido por las barreras culturales propias del país e incluso por la situación económica.

Otra variable que se ha analizado, además del uso del condón, es la demora del debut sexual, pues como se mencionó en el primer capítulo, tiene un peso importante en que los adolescentes se embaracen o embaracen a su pareja. En un estudio realizado por Tortolero et al. (2010) se evaluó el efecto de un programa de prevención del embarazo, VIH e ITS de escuela intermedia basados en la teoría sobre conductas sexuales en jóvenes. Se seleccionaron 10 escuelas intermedias de Texas y se asignaron al azar a la intervención o comparación mediante un protocolo de asignación aleatoria de atributos múltiples, teniendo en cuenta el tamaño y la composición racial / étnica del cuerpo estudiantil (afroamericano e hispano) y la ubicación geográfica de la escuela. Los del grupo de intervención recibieron el programa *It's your game* (IYG) mientras que el grupo de comparación recibió su clase de salud regular y que dependía de la escuela. Se les dio un incentivo de cinco dólares por regresar el consentimiento informado de los padres, otro incentivo por la misma cantidad por completar la línea base y diez dólares por cada cuestionario de seguimiento. El cuestionario de la línea base se realizó en el 2004, mientras que los seguimientos se realizaron en el 2005 y 2006. Las encuestas de séptimo grado fueron completadas por 1,193 estudiantes (91% de la línea de base, 83% de los consentidos); 981 estudiantes completaron las encuestas de octavo grado (75% de la línea de base, 68% de los consentidos).

El plan de estudios de IYG se desarrolló mediante un proceso de diseño instruccional sistemático, *Intervention Mapping*, para fundamentar su contenido en la Teoría Social Cognitiva, los Modelos de Influencia Social y la Teoría de la Influencia Triádica.

El programa IYG consistió en 12 lecciones de 45 minutos de séptimo grado y 12 de octavo grado impartidas por facilitadores capacitados. El programa integra actividades grupales en el aula con registro personal y actividades individuales entregadas en computadoras portátiles. Un paradigma de toma de decisiones sobre habilidades para la vida (seleccionar, detectar, proteger) enseña a los estudiantes a seleccionar límites personales con respecto a comportamientos de riesgo, a detectar señales o situaciones que puedan desafiar estos límites y a usar habilidades de rechazo y otras tácticas para proteger estos límites. Los temas específicos cubiertos en el séptimo grado incluyen características de amistades saludables; establecer límites personales y practicar las habilidades de rechazo en un contexto general (por ejemplo, con respecto al consumo de alcohol y drogas, faltar a la escuela, hacer trampa); información sobre pubertad, reproducción e ITS; y establecer límites personales y practicar habilidades de rechazo relacionadas con el comportamiento sexual. El plan de estudios de octavo grado revisa estos temas y también cubre lo siguiente: las características de las relaciones de pareja saludables; la importancia del VIH, las ITS y las pruebas de embarazo si una persona es sexualmente activa; y entrenamiento de habilidades sobre condón y uso de anticonceptivos. El plan de estudios también incluye seis actividades de tarea entre padres e hijos en cada nivel de grado, diseñadas para facilitar el diálogo sobre temas tales como cualidades de amistad, citas y comportamiento sexual.

En cuanto a las tareas virtuales, éstas incluyen una interfaz de mundo virtual, actividades educativas (cuestionarios, animaciones, videos de pares, hojas informativas) los determinantes específicos de la toma de riesgos sexuales y se adaptan a la experiencia sexual y de género, y al "mundo real": series para adolescentes con comentarios de los estudiantes en línea que permiten una discusión grupal en tiempo real en el aula. El diario permite a los estudiantes expresar sus propias opiniones y sentimientos sobre temas delicados en un entorno confidencial. Al menos dos tercios partes de los estudiantes de la cohorte asistieron a 20 de las 24 lecciones de los planes de estudios combinados de séptimo y octavo grado.

La variable dependiente principal fue el efecto de la intervención en la demora del debut sexual en el seguimiento de noveno grado para aquellos estudiantes que no informaron actividad sexual al inicio del estudio, de manera secundaria se consideraron las variables de un inicio tardío de tipos de sexo (oral, anal y vaginal), el retraso de la iniciación sexual por género y raza/etnia, la reducción del comportamiento riesgoso en el seguimiento de noveno grado para aquellos que reportaron ser sexualmente activos en los últimos 3 meses.

Se evaluó la intervención a partir de la línea base y hasta el noveno grado, es decir, durante 24 meses aproximadamente. El grupo de intervención estuvo compuesto por 349 participantes con una edad promedio de 13 años ($DE = .51$) y el grupo de comparación por 558 con una edad promedio de 13,1 años ($DE = .57$).

En cuanto a los resultados con respecto a VIH, ITS y prevención del embarazo, casi el 30% del grupo de comparación tuvo su primera relación sexual en el noveno grado, en comparación con el 23% del grupo de intervención. Los participantes del grupo de comparación fueron 30% más propensos a tener su primera relación sexual en el noveno grado que los del grupo de intervención.

En cuanto al tipo de sexo, el grupo de comparación tuvo 1,76 veces más riesgo de iniciar sexo oral y 2,67 veces de iniciar sexo anal que el grupo de intervención. Sin embargo, las diferencias fueron significativas solo en los participantes afroamericanos y mujeres en el sexo oral, mientras que hubo diferencias significativas en los participantes afroamericanos, hombres y mujeres en el sexo anal. En el caso del sexo vaginal, hubo diferencias significativas únicamente en la población hispana, pero no así en el grupo de intervención en general.

Los participantes del grupo de comparación tuvieron mayor frecuencia de relaciones sexuales vaginales en el noveno grado en comparación con el grupo de intervención. Sin embargo, no se observaron efectos de intervención en sexo oral y sexo anal en los últimos tres meses, uso del condón en la última relación sexual vaginal, el número de veces que los estudiantes tuvieron relaciones sexuales bajo la influencia del alcohol, número de veces que se tuvo relaciones sexuales sin condón, número de parejas en toda la vida, número de parejas en los últimos tres

meses, número de parejas en los últimos tres meses sin condón ni número de veces el tener sexo sin prevención del embarazo efectiva en los últimos tres meses.

En el momento de la encuesta posterior a la intervención de octavo y noveno grado, los estudiantes en la condición de intervención, en relación con los estudiantes en la condición de comparación, tenían creencias más positivas sobre la abstinencia hasta el matrimonio, percibían que sus amigos tenían creencias más positivas sobre esperar para tener relaciones sexuales (hasta octavo grado), percibían la conducta sexual de sus amigos (hasta octavo grado), percibían mayor autoeficacia para rechazar el sexo (hasta el octavo grado), tenían mayor conocimiento sobre los signos y síntomas de VIH e ITS y sobre el uso de condones para prevenirlos (en octavo y noveno grado), percibían las creencias de sus amigos sobre los condones (solo en noveno grado), reportaban mayor autoeficacia para usar condones (hasta octavo grado), se exponían menos a situaciones riesgosas (en octavo y noveno grado), reportaban más razones para no tener sexo (hasta octavo grado), tenían menos intenciones de tener sexo oral en el año posterior (hasta octavo grado) y menos intenciones de permanecer abstinentes en la escuela secundaria de manera significativa. Empero, esto no sucedió así en las creencias generales acerca de querer tener sexo, razones para tener sexo, intenciones de tener sexo vaginal en el año posterior e intenciones de abstenerse de tener sexo hasta el matrimonio.

El trabajo citado implica una gran aportación, pues además de la cantidad de participantes, se implementaron tecnologías que tuvieron un impacto en las variables analizadas. Un aspecto para señalar es que hubo un alto porcentaje de participación, probablemente auspiciada por el incentivo económico. En cuanto a los modelos utilizados, aunque se hacía un énfasis en las percepciones y las creencias, el programa contenía actividades sobre desarrollo de habilidades, aunque éstas no se evaluaron más que mediante la resolución del cuestionario y era desarrollada mediante la interfaz virtual.

El programa tenía como principal objetivo promover la demora del debut sexual y los resultados mostraron que este objetivo se cumplió, pues los

participantes del grupo de comparación fueron 30% más propensos a tener su primera relación sexual en el noveno grado que los del grupo de intervención. Empero, existen otras variables que vale la pena analizar. En primer lugar, aunque una de las habilidades en las que se centró el programa fue el uso del condón, se observaron diferencias significativas en la autoeficacia para utilizar condones, pero no así en el uso de condones a través del mismo programa, lo cual podría comprenderse como el que la autoeficacia no necesariamente promovía el uso sistemático del condón o que el concepto de eficacia no se relaciona con la habilidad. En segundo lugar, no se evaluó que en efecto pudieran utilizarlo correctamente mediante ensayos (o al menos los autores no lo especifican), por lo que no se podría tener evidencia sobre la correcta utilización del preservativo. En tercer lugar, si bien se demoró el debut sexual, una vez que los participantes comenzaron a tener relaciones sexuales no hubo diferencias con el grupo de comparación, pues como ya se señaló, no hubo diferencias en la frecuencia de relaciones sexuales ni uso de condón, lo cual implica un riesgo en el marco de la prevención del VIH e ITS.

Al haber tenido resultados efectivos, este mismo programa se utilizó en el trabajo de Markham et al. (2012), pero con dos aproximaciones, una enfocada a la abstinencia o abstinencia hasta el matrimonio (AM) y otra enfocada a la reducción de riesgos (RR). Se llevó a cabo un ensayo controlado aleatorio entre 2006 y 2010 en 15 escuelas intermedias urbanas en un gran distrito escolar del centro sur de Estados Unidos.

Se aplicó una encuesta en línea base, en la cual 1742 estudiantes la respondieron, así como un seguimiento a los 16 meses y finalmente a los 26 meses de la línea base, en la cual respondieron 1333 estudiantes. Se observó que los estudiantes que no respondieron el seguimiento fueron en su mayoría hombres, participantes mayores y participantes sexualmente activos. Se analizaron los datos de 1258 participantes, ya que 75 fueron excluidos por respuestas inconsistentes o perdidas.

Las intervenciones se basaron en el programa IYG que consistieron en 12 sesiones en el séptimo grado y 12 sesiones en el octavo de 50 minutos cada una.

De las 24 sesiones en total del programa AM, 17 eran idénticas al del programa RR, pero fueron enmarcados a reforzar las creencias de abstinencia hasta el matrimonio contra creencias de abstinencia hasta ser mayor (edad y relación no especificada). Ambos programas incluyeron seis actividades con los padres o tutores y declaraciones médicamente precisas sobre los condones. Las diferencias entre ambos programas fueron que las actividades de la AM se enfocaron en las creencias sobre los beneficios de la abstinencia hasta el matrimonio y los beneficios del matrimonio y la paternidad dentro del matrimonio. Cuatro lecciones abordaron estos temas. El programa también incorporó elementos de desarrollo del carácter y orientación futura. Tres lecciones abordaron las cualidades del carácter y su influencia en las relaciones saludables y la toma de decisiones. Por otro lado, el programa RR se enfocó en las creencias acerca de los beneficios de la abstinencia hasta ser mayor, promovió el respeto por sí mismo y la responsabilidad e incluyó actividades que abordan el conocimiento y la autoeficacia con respecto al uso de preservativos y anticonceptivos. Los estudiantes de séptimo grado con experiencia sexual recibieron actividades informáticas personalizadas relacionadas con los condones/anticoncepción; todos los estudiantes de octavo grado recibieron actividades computarizadas basadas en habilidades que practican los pasos para el uso correcto del condón y una actividad que evalúa las ventajas y limitaciones de los diferentes métodos anticonceptivos.

Finalmente, se contó con una condición control que consistió en los estudiantes que recibían sus clases regulares de salud, las cuales variaban entre escuelas.

Se entrenó a facilitadores por cinco días, quienes en su mayoría eran afroamericanos e hispanoamericanos.

La variable dependiente principal para aquellos participantes que no habían tenido experiencia sexual fue la demora del debut sexual (una variable compuesta de del inicio de las prácticas de sexo oral, anal y vaginal) en el seguimiento del noveno grado en comparación con el grupo control. Las variables dependientes secundarias fueron los efectos en la demora del debut sexual del

sexo oral, vaginal y anal específicamente, y en el comportamiento sexual de riesgo reducido en noveno grado: (1) relaciones sexuales sin protección en la última relación sexual vaginal; (2) la frecuencia del sexo oral, vaginal y anal en los últimos 3 meses; (3) frecuencia de relaciones sexuales vaginales o anales sin condón en los últimos 3 meses; (4) número de parejas sexuales de por vida; y (5) número de parejas sexuales en los últimos 3 meses.

Debido a que los estudiantes de condición de control tenían más probabilidades de tener experiencia sexual al inicio del estudio que los estudiantes de AM o RR, estas diferencias fueron controladas en el análisis posterior.

Las participantes fueron 59.8% mujeres, 39.3% afroamericanas y 48.4% hispanas, con una edad media de 12.6 ($DE = .76$) años al inicio del estudio. Al inicio del estudio, el 11.7% reportó haber tenido algún tipo de sexo. En promedio los participantes acudieron a 15 o 16 de las 24 sesiones en ambas intervenciones.

Con respecto a la demora del debut sexual, entre el grupo AM y control, en la muestra general no hubo diferencias significativas en el retraso de ningún tipo de iniciación sexual o en el retraso en el inicio del sexo oral, vaginal o anal, específicamente, pero en el subgrupo de hispanos los estudiantes tuvieron un 60% menos de probabilidad a iniciar cualquier tipo de sexo. Las mujeres tuvieron un 44% menos de probabilidad a iniciar la práctica de sexo oral y los hombres tuvieron un 74% más de probabilidad a comenzar la práctica de sexo oral en comparación con el grupo control.

En cuanto al grupo RR y el grupo control, el grupo RR tuvieron un 35% menos de probabilidad de iniciar cualquier tipo de sexo en la muestra total o sexo vaginal en específico. En cuanto a los subgrupos, los estudiantes afroamericanos tuvieron un 62% menos de probabilidad de iniciar cualquier tipo de sexo y 68% menos probabilidades de iniciar el sexo vaginal, específicamente. Las mujeres tuvieron cerca de 55% menos de probabilidad de iniciar cualquier tipo de sexo.

En relación con los controles, los estudiantes del grupo AM tenían un 30% menos de probabilidades de tener relaciones sexuales sin protección en la última relación sexual vaginal, ya sea mediante el uso de un condón o absteniéndose de

tener relaciones sexuales. Sin embargo, tenían un 69% más de probabilidades de reportar dos o más parejas sexuales vaginales en los últimos 3 meses.

En relación con los controles, los estudiantes de RR tuvieron un 33% menos de probabilidades de tener relaciones sexuales sin protección en la última relación sexual vaginal, ya sea mediante el uso de un condón o absteniéndose de tener relaciones sexuales. Asimismo, tuvieron menos probabilidades de tener relaciones sexuales vaginales frecuentes, sexo anal y sexo vaginal sin condón en los últimos 3 meses.

Inmediatamente después de la intervención de octavo, se observaron diferencias significativas en el grupo AM en conocimiento VIH/ITS; creencias más positivas sobre la espera de tener sexo y la abstinencia hasta el matrimonio; percibían que sus amigos tenían creencias más positivas sobre la espera y se involucraban en comportamientos menos riesgosos; reportó más razones para no tener relaciones sexuales, menos intenciones de tener relaciones sexuales vaginales en el próximo año, mayores intenciones de permanecer abstinentes en la escuela secundaria y hasta el matrimonio, y hacerse la prueba de VIH/ITS, en relación con los controles. Por el contrario, los estudiantes de AM tenían un conocimiento del condón significativamente menor. En el noveno grado, los estudiantes de AM mantuvieron resultados estadísticamente significativos para 5 de 23 resultados (mayor conocimiento de VIH/ITS, creencias más positivas sobre la abstinencia hasta el matrimonio y las creencias de los amigos sobre la espera, más razones para no tener relaciones sexuales y la percepción de las creencias de los padres sobre la espera tener sexo). Además, los estudiantes de AM informaron que el uso del condón era significativamente mayor, la autoeficacia y las intenciones en relación con los controles. Ningún resultado fue estadísticamente significativo en una dirección negativa.

Entre los estudiantes de RR, inmediatamente después de la intervención de octavo grado, 10 de los 23 resultados psicosociales fueron estadísticamente significativos en una dirección positiva, 1 fue significativo en una dirección negativa y 16 no fueron significativos. Los estudiantes de RR tuvieron mayor uso del condón y autoeficacia de rechazo; informó de creencias más positivas sobre la

abstinencia hasta el matrimonio y más razones para no tener relaciones sexuales; percibían que sus amigos tenían creencias más positivas sobre la espera; informaron mayores intenciones de permanecer abstinentes en la escuela secundaria y hasta el matrimonio y hacerse la prueba del VIH/ITS; tuvo una mayor comunicación de los padres sobre temas sexuales y cualidades de carácter más positivas, en relación con los controles. A la inversa, los estudiantes de RR percibieron que sus padres tenían creencias más permisivas sobre el sexo. En el noveno grado, los estudiantes de RR mantuvieron resultados estadísticamente significativos para 5 de los 23 resultados (mayor conocimiento sobre el uso del condón, más creencias positivas sobre la abstinencia hasta el matrimonio, más razones para no tener relaciones sexuales, mayores intenciones de permanecer abstinentes en la escuela secundaria y hacerse la prueba para el VIH/ITS). Además, los estudiantes de RR reportaron un mayor uso de preservativos, autoeficacia e intenciones, en relación con los controles.

En un estudio más reciente, Oman et al. (2018) evaluaron la efectividad de una intervención de El Poder a través de las Decisiones (PTC por sus siglas en inglés) en adolescentes que vivían en hogares grupales operados o contratados por el bienestar infantil (cuidado de crianza) o las agencias de justicia juvenil sobre el uso de control de la natalidad y la disminución del embarazo en adolescentes. Para cumplir dicho objetivo, se tuvo un diseño de ensayo controlado que incluyó jóvenes entre 13 y 18 años ($n = 1036$) reclutados a partir de 44 hogares residenciales de grupo ubicado en California ($n = 19$), Maryland ($n = 10$) y Oklahoma ($n = 15$). Dentro de cada estado, la mitad de los hogares grupales eran aleatorizados y asignados a un grupo de tratamiento que ofreció el programa PTC ($n = 517$) y la otra mitad fueron asignados a un grupo control que ofrecía “atención habitual” ($n = 519$). Dichos hogares son residenciales de cuidado operados por agencias estatales de bienestar infantil y sólo se trabajó con aquellos que estuvieron dispuestos a participar en el estudio, por lo que el muestreo fue intencional.

Se realizó un estudio pretest post test con seguimiento. Primero se realizó un pretest a través de una encuesta (una semana antes de la intervención),

intervención (10 sesiones), una segunda medición (6 semanas después de la intervención) y seguimiento a los 6 y 12 meses entre 2012 y 2014 en ambos grupos. Se realizaron evaluaciones aleatorias para la conocer la fidelidad de la intervención, por lo cual se monitoreaba y se grababa el currículo, evaluar las características del facilitador, proporcionar supervisión correctiva y documentar alguna acción correctiva.

La intervención fue desarrollada bajo el Modelo de la Teoría Social Cognitiva y el Modelo de Creencias de la Salud. El programa incluyó 10 sesiones de 90 minutos cada una en un periodo de cinco semanas en grupos de 6 a 20 adolescentes, los cuales eran impartidos por una mujer u hombre facilitador. El contenido del programa es el que se describe a continuación:

Primera sesión (“Introducción”): Se explicaba el contenido, las razones de establecer reglas básicas, identificar las razones de algunos adolescentes para tener o abstenerse de tener relaciones sexuales y practicar algunas habilidades de comunicación a través del *role play*.

Segunda sesión (“Fundamentos de la salud reproductiva de los adolescentes”): Nombres y funciones de la anatomía reproductiva, proceso de fertilización y concepción, ciclo menstrual.

Tercera sesión (“Crear el futuro que tú quieres”): Identificar la planificación involucrada en la práctica de un comportamiento sexual saludable, bosquejo de elecciones individuales en el proceso de toma de decisiones sexuales, la abstinencia como una opción viable.

Cuarta sesión (“Hacer elecciones claras”): Práctica de comunicación asertiva, practicar mediante *role play* las razones por las que es importante usar condón y otras formas de protección contra VIH, práctica de negociación del uso del condón, identificación de técnicas más efectivas de comunicación con la pareja y cómo la mala comunicación puede llevar a situaciones potencialmente peligrosas, técnicas de comunicación con un padre o tutor con respecto a la anticoncepción.

Quinta sesión (“Comprender las ITS y el VIH y cómo reducir su riesgo”): Identificar las ITS más comunes, síntomas, resultados y tratamientos,

comprensión de exámenes de ITS y exámenes pélvicos, conocimientos básicos de transmisión y prevención de ITS y VIH, así como el uso correcto del condón.

Sexta sesión (“Incrementar el conocimiento de anticonceptivos”): Demostrar comprensión básica sobre el funcionamiento de varios métodos anticonceptivos.

Séptima sesión (“La práctica hace la perfección”): Identificar grados de riesgo con conductas sexuales, demostrar mediante el *role playing* las razones del porqué es importante utilizar el condón para prevenir VIH y otras ITS, los efectos de las drogas, el alcohol y la obscuridad en el uso del método anticonceptivo y entendimiento del tiempo para colocar un condón.

Octava sesión (“Uso de recursos para apoyar tus opciones”): Identificar adultos que sirvan como fuentes de información de salud sexual, identificar al menos una fuente en su área de servicios a bajo costo y métodos anticonceptivos, así como los derechos de los adolescentes para acceder a los recursos de la planificación familiar.

Novena sesión (“Tomar decisiones que se ajusten con tu estilo de vida”): Comprender cómo el estilo de vida afecta la elección de métodos anticonceptivos, desarrollar un plan para evitar un embarazo no deseado e ITS, identificar metas a corto y largo plazo, así como las decisiones que se deben tomar para cumplir dichas metas.

Décima sesión (“Plan + preparar + practicar = poder”): Desarrollar un plan para protegerse a uno mismo del embarazo no deseado, VIH y otras ITS, revisar conceptos claves del protocolo así como identificar las habilidades y la información aprendida del currículum.

Se instruyó a los jóvenes para que reportaran comportamientos en los que ellos hubieran decidido participar y excluir aquellos en los que hubieran sido obligados. Se les preguntó si habían tenido relaciones sexuales y si lo habían hecho en los tres meses anteriores. Con respecto a los métodos utilizados se les preguntaba cuántas veces no habían utilizado métodos anticonceptivos al tener relaciones sexuales y se les desplegaba una lista de métodos incluidos el condón, por lo que se les codificaba en función de si respondían que en una o más

ocasiones no lo habían utilizado. En específico sobre el uso del condón se les preguntaba cuántas veces el participante o su pareja no había utilizado condón al tener relaciones sexuales y se les codificaba quienes respondían que en una o más ocasiones no lo utilizaban. Finalmente, se les preguntaba si en algún momento se habían embarazado o habían embarazado a su pareja aun si el niño no hubiera nacido.

Participaron un total de 1036 adolescentes sin diferencias entre el grupo de intervención (GE) y grupo control (GC). La edad promedio de los participantes fue de 16.1 años ($DE = 1.3$), la mayoría fueron hombres, hispánicos (aunque la muestra fue racial y étnicamente diversa). El 88% de los participantes reportó haber tenido relaciones sexuales alguna vez y el 38% reportó haberlas tenido en los últimos 3 meses. El 27% reportó no haber utilizado algún método anticonceptivo y el 31% reportó no haber utilizado condón en los últimos 3 meses. Además, cerca del 36% reportó haberse embarazado o haber embarazado a su pareja.

El 82% ($n = 853$) completaron la evaluación del seguimiento de seis meses y el 85% ($n = 885$) el de 12 meses. En el seguimiento de seis meses los participantes del grupo experimental reportaron menos proporción de probabilidad de haber tenido relaciones sexuales sin protección significativamente en los últimos tres meses (32.5%) que los participantes del grupo control (37.8%), aunque no sucedió así a los 12 meses (37.9% vs 38%). A los 6 meses de evaluación los participantes del grupo experimental tuvieron casi la misma proporción de probabilidad de embarazarse o de embarazar a su pareja que el grupo control (47.4% vs 47.3%) y a los 12 meses el grupo experimental tuvo menor proporción que el grupo control (50.5% vs 56.2%).

El estudio descrito anteriormente, aunque fue diseñado bajo el modelo de creencias de la salud y de la teoría social cognoscitiva, contiene elementos conductuales importantes como es el juego de roles (*role play*) y las habilidades de negociación, así como el identificar algunas variables de tipo disposicional (obscuridad, uso de alcohol y drogas), las cuales no son siempre consideradas en los programas de intervención de manera explícita y que pudieron tener un

impacto en los resultados, aun cuando se consideraron como un impedimento para utilizar correctamente el método anticonceptivo. Resulta interesante encontrar que las diferencias significativas con respecto a no tener relaciones sexuales sin protección no permanecieran en el seguimiento de 12 meses, lo cual ha sido uno de los retos más importantes en los diseños de programas que promueven el uso de anticonceptivos. Hubiera sido deseable conocer cuáles fueron los métodos que utilizaron, pues conocer si hubo cambios en la proporción de algún método u otro hubiera permitido conocer si la intervención favoreció cierto tipo de métodos, como lo sería el condón masculino, pues fue el método al que más énfasis se le dio. También hubiera sido útil conocer qué tan habilidosos fueron los participantes al final del taller, pues el no conocer el desempeño antes y después del mismo no permite aseverar que fue efectivo en el desarrollo de esas habilidades. Finalmente, aunque casi todos los participantes habían tenido experiencia sexual en el momento de comenzar con la intervención, aporta con información sobre aquellos que aún no la tenían. Un análisis con respecto a esta variable sobre los resultados hubiera sido un aporte más amplio.

En otro estudio, pero ahora diseñado con base en el Modelo Ecológico, Sánchez et al. (2016) evaluaron los efectos de un programa de intervención en una muestra de varones adolescentes en conflicto con la ley. El estudio consistió en tres fases: preevaluación, intervención y postevaluación. Se trabajó con el grupo experimental conformado por 68 adolescentes y que fue aquel que recibió la intervención y el grupo control, conformado por 50 adolescentes y que recibió entrenamiento del uso correcto del condón e información sobre la prevención del VIH/SIDA una vez terminadas las evaluaciones. Participaron 118 varones en total pertenecientes a una comunidad de diagnóstico de la Ciudad de México. Tenían un promedio de 16 años, la mayoría eran solteros y en su mayoría el delito por el cual habían ingresado era el robo.

Las variables dependientes fueron: las variables del microsistema son: (1) conocimientos sobre VIH/SIDA-ITS; (2) conocimientos sobre el uso de condón; (3) creencias y actitudes hacia el uso del condón; (4) intención y autoeficacia para usar condón en relaciones sexuales; (5) autoeficacia para usar condón en

situaciones de riesgo;(6) autoestima; (7) comunicación sobre temas sexuales con la pareja; (8) estilos de negociación con respecto al uso del condón; (9) autoeficacia para iniciar una conversación sobre temas sexuales con padre, madre y pareja; (10) autoeficacia para evitar conductas de riesgo; (11) habilidad para usar un condón en situaciones simuladas, y (12) habilidad para negociar el uso del condón. Por otro lado, las variables del mesosistema son: (1) apoyo paterno y materno; (2) supervisión paterna y materna; (3) comunicación sexual entre padres e hijos, y (4) norma subjetiva del grupo de pares. Y, finalmente, la variable del macrosistema es estereotipos de género.

Se consideró a la variable independiente al programa de intervención que estaba conformado de la siguiente manera:

1) Microsistema: Información, análisis y discusión sobre la prevención, transmisión y sintomatología del VIH/SIDA y las ITS, y sobre la prevención de embarazos no planeados; ventajas y desventajas del uso del condón en relaciones sexuales; comunicación efectiva y su importancia en la relación de pareja; el papel de la autoestima en una relación de pareja saludable; y análisis y discusión grupal sobre comportamientos sexuales de riesgo y situaciones en las que se presentan, enfatizando el papel que tiene el uso de drogas o alcohol en el desarrollo de conductas sexuales preventivas.

2) Mesosistema: Análisis y discusión grupal sobre la supervisión parental y apoyo familiar sobre el comportamiento sexual de los hijos; y 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; y análisis y discusión de las creencias familiares sobre la sexualidad y sobre los mitos de la homosexualidad.

Para evaluar las variables antes descritas, se utilizaron una prueba de conocimientos sobre VIH/SIDA y uso del condón con ítems “cierto y falso”, una

escala para evaluar creencias hacia el uso del condón con pareja regular tipo Likert de “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”, escala de actitudes hacia el condón, un reactivo para evaluar intención de usar condón en relaciones sexuales de “nada probable” a “totalmente probable”, un reactivo para evaluar la autoeficacia para usar condón en relaciones sexuales, qué tan seguros están de que puedan usarlo cada vez que tienen relaciones sexuales vaginales con su pareja regular de “es muy seguro no poder usarlo” a “muy seguro de poder usarlo”, un reactivo para evaluar la autoeficacia para usar condón en situaciones de riesgo, qué tan seguros están de usar un condón durante el sexo vaginal en situaciones de riesgo de “muy seguro de no poder usarlo” a “muy seguro de poder usarlo”, escala de autoestima, de “muy acuerdo” a “muy en desacuerdo”, escala de comunicación sobre temas sexuales con la pareja, frecuencia con la cual los jóvenes se comunicaban sobre temas sexuales con sus parejas de “nunca” a “siempre”, estilos de negociación, de “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”, autoeficacia para iniciar una conversación con los padres sobre temas sexuales, de “muy seguro de no poder usarlo” a “muy seguro de poder usarlo”, autoeficacia para evitar situaciones de riesgo, de “absolutamente seguro de que no puedo” a “absolutamente seguro de que sí puedo”, habilidad demostrada para usar condón en situaciones simuladas (observación directa), observación directa de la habilidad para negociar el uso del condón (observación directa), escala de apoyo paterno y materno, percepción de los hijos sobre el apoyo recibido por parte de sus padres y de sus madres en un periodo de tres meses de “nada” a “mucho”, escala de supervisión paterna y materna, percepción de los participantes sobre la supervisión recibida por parte de sus padres y de sus madres en un periodo de tres meses de “nada” a “mucho”, escala de comunicación sexual entre padres e hijos, frecuencia con la cual los jóvenes se comunican con su padre sobre temas sexuales de “nunca” a “siempre”, norma subjetiva del grupo de pares (medido mediante un reactivo midió lo que los jóvenes creen que piensan sus amigos sobre usar condón con pareja regular) y una escala de estereotipos de género (visión estereotipada que los jóvenes tienen sobre hombres y mujeres en el ámbito interpersonal y en el contexto social).

Adicionalmente se recolectaron datos sociodemográficos, así como información sobre datos jurídicos referentes al delito por el cual fueron acusados.

El programa de intervención consistió en cinco sesiones.

Sesión 1: Dinámica sobre la transmisión del VIH/SIDA y dinámica sobre las ventajas y desventajas de usar condón en las relaciones sexuales.

Sesión 2: Discusión de diversas situaciones problemáticas, donde se debatían las implicaciones de cada situación y la utilización del uso del condón y dinámica sobre mitos hacia la homosexualidad y sobre lo que implica ser hombre y ser mujer en el terreno sexual.

Sesión 3: Discusión sobre la importancia de la familia en el comportamiento sexual; entrenamiento en la habilidad de comunicación sexual con los padres a través de cuatro técnicas de cambio conductual que constituyen el aprendizaje estructurado: modelamiento, juego de roles, retroalimentación y entrenamiento para la transferencia.

Sesión 4: Dinámica del anuncio publicitario para promover el uso del condón y entrenamiento en habilidades del uso correcto del condón utilizando un modelo de pene para la enseñanza.

Sesión 5: Entrenamiento en habilidades centrado en la negociación del uso del condón con base en las técnicas del aprendizaje estructurado.

Los resultados con respecto a las variables del microsistema mostraron que, en las comparaciones entre el grupo experimental y el control sobre las variables psicosociales relacionadas con el uso del condón, se encontraron diferencias significativas entre 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, intención y autoeficacia; en cambio, en el grupo control no se presentaron diferencias significativas. Respecto de las creencias de seguridad y protección para usar condón, el grupo experimental obtuvo ligeramente un mayor puntaje que el control; sin embargo, al analizar el efecto del tipo de tratamiento no se encontraron diferencias significativas entre la medición previa y posterior ni tampoco hubo interacción entre estas variables. Con

respecto a la variable autoestima no se encontraron diferencias significativas; tampoco hubo efecto del tipo de tratamiento ni efecto de interacción.

Respecto al autoestima, la frecuencia de la comunicación con la pareja sobre temas sexuales, estilos de negociación con el uso del condón, habilidad demostrada para utilizar correctamente un condón y habilidad para negociar el uso del condón se encontraron diferencias significativas entre los grupos control y experimental.

En cuanto a las variables del mesosistema se encontraron diferencias significativas a favor del grupo experimental con respecto a las variables referidas a padre y madre y mayor frecuencia de la comunicación, en la norma subjetiva, así como en la autoeficacia para evitar conductas de riesgo de los amigos.

En cuanto a las variables del macrosistema en los estereotipos en el ámbito interpersonal y en el ámbito social se encontraron diferencias significativas en la puntuación obtenida entre los grupos.

Los autores del estudio señalan que la principal limitación del programa de intervención fue no haber evaluado sus efectos sobre la conducta sexual.

El anterior estudio aporta evidencia sobre cómo el entrenar y evaluar las variables conductuales mediante observación directa tienen un impacto positivo en su ejecución. Sin embargo, como bien lo señalan los autores, hubiera sido deseable evaluar el que, si bien se modificaron todas las variables desde el Modelo Ecológico, esto se debe traducir en el que los participantes puedan ejecutar dichas habilidades en ámbitos naturales, pues las situaciones bajo las cuales se entrena y bajo las cuales se debe desplegar dicha conducta son radicalmente distintas y son en estas últimas donde deben demostrar la habilidad para que usen correcta y consistentemente el condón.

4.2 Conclusiones

La promoción del uso del condón en la población adolescente no ha sido un objetivo fácil de alcanzar, pues como se ha visto, aunque los programas han tenido resultados benéficos, en algunas ocasiones estos no permanecen a lo largo del tiempo o no se logran modificar positivamente todas las variables en todos los

subgrupos. Aunque se observa que la mayoría de los programas se diseñan con base en modelos cognitivos, la mayoría incluye dentro de su currículum el desarrollo de habilidades conductuales como la negociación o el uso correcto del condón. Pese a ello, la manera de evaluarlas sigue siendo mediante resolución de pruebas que podrían distar mucho de la ejecución de dichas habilidades (salvo algunas excepciones), lo cual podría mejorarse como en los procedimientos descritos por Robles et al. (2006), en el cual se puede evaluar la habilidad de una persona al ejecutarla.

J. Rodríguez (2013) señala que existen políticas activas de salud reproductiva para: a) empoderar a los adolescentes a tomar pasos preventivos como demorar la primera relación sexual, b) proveerlos de educación sexual adecuada, y c) ofrecer servicios de anticonceptivos de acuerdo con necesidades y preferencias particulares. Esto significa que se requiere de un acto multi e interdisciplinario, en donde la psicología contribuya a desarrollar habilidades para poder ejecutar conductas de salud, pues como lo mencionan Fonner et al. (2014), los programas deben estar encaminados a desarrollar habilidades y no meramente al incremento del conocimiento, pues son los que se consideran más efectivos.

Además, el mayor reto de los programas de intervención en la promoción del uso del condón es lograr que los adolescentes puedan utilizarlo de manera consistente, pues como se observó, en varios de los estudios se consideraba a las intenciones o únicamente a su uso en la última relación sexual, pero lo que se requiere es desarrollar una tendencia.

Desde el Modelo Psicológico de la Salud Biológica (Ribes, 2018) se describe que para poder incidir en la conducta instrumental del uso del condón se requiere de desarrollar competencias funcionales. Por ello, se considera que un programa de intervención orientado a desarrollar estas competencias debe considerar los cuatro *saberes*: a) saber qué se tiene que hacer, en qué circunstancias se tiene que hacerlo, cómo decirlo y cómo reconocerlo; b) saber cómo hacerlo, haberlo hecho antes o haberlo practicado; c) saber cómo reconocer la oportunidad de hacerlo y de no hacerlo; y d) saber hacer otras cosas en dicha circunstancia o saber hacer lo mismo de otra manera. Así, desde este Modelo,

más allá de modificar las “variables cognitivas”, se debe entrenar en el *qué* y el *cómo* hacer.

La Psicología cuenta con el bagaje teórico suficiente para poder analizar y modificar las variables psicológicas en el uso consistente del condón y se requiere una continua evaluación de los programas de intervención que permitan establecer mejores estrategias con el fin de promover la salud sexual y reproductiva. Se debe continuar en el papel de la psicología al analizar el *qué* y *cómo* las variables psicológicas pueden facilitar o dificultar los comportamientos de prevención (Piña & Rivera, 2006).

PARTE II. INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

CAPÍTULO 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo en adolescentes es considerado como uno de los problemas más relevantes en esta población, pues a nivel mundial se registran aproximadamente 16 millones de nacimientos en mujeres de 15 a 19 años, mientras que aproximadamente un millón corresponden a niñas menores de 15 (OMS, 2020). A nivel mundial, el África Subsahariana ocupa el primer lugar en el número de embarazos en esta población, mientras que América Latina y el Caribe ocupan el segundo (UNICEF, 2011). En cuanto a México, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2018) reportó que la tasa de fecundidad de mujeres de 15 a 19 años fue de 70 por cada mil mujeres, superior a la media mundial, que es de 49 por cada mil (OMS, 2020b).

La población adolescente es vulnerable en el ámbito sexual debido a sus características, ya que en esta etapa se enfrentan a cambios biológicos (Marshall, 1978) y que dichos cambios influyen también en condiciones emocionales y en tendencias de comportamiento de índole sexual que pueden facilitar el que los adolescentes desplieguen conductas de riesgo (Dahl, 2010; Sato et al., 2008; Spear, 2012). Además, se encuentran envueltos en nuevos grupos sociales, cuyos miembros suelen tener más influencia que su familia (Widman et al., 2016), auspiciando que se involucren en relaciones sexuales tempranas y sin protección. Esto se refleja en el bajo porcentaje de uso de métodos anticonceptivos (Gutiérrez et al., 2013) lo cual ha generado que la ENAPEA (CONAPO, 2015) presente como objetivo erradicar los embarazos en niñas menores de 15 años y reducir a la mitad los embarazos en adolescentes de entre 15 y 19 años, por lo que, en cuanto a métodos anticonceptivos, recomienda la doble protección, en específico el uso del implante subdérmico y el condón masculino.

Al ser el condón masculino uno de los métodos más promovidos debido a que previene un embarazo y protege contra las infecciones de transmisión sexual, desde diferentes modelos psicológicos se han investigado cuáles son las variables que predicen su uso. Desde el Modelo de Creencias de la Salud (Rosenstock, 1974) se considera que las variables de autoeficacia, barreras percibidas son las

mejores predictoras en el uso del condón; en el Modelo de Autoeficacia (Bandura, 1999) la autoeficacia; en la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen & Fishbein, 1980), las intenciones; en la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1991), las actitudes, la autoeficacia y las normas son las variables predictoras; y en el Modelo de Información, Motivación y Habilidades conductuales (Fisher & Fisher, 1992), las habilidades son un elemento tan importante como la información y la motivación. Cabe señalar que la mayoría de estos estudios evalúan el uso del condón con escala Likert o con un formato de respuesta de “sí” y “no”.

Así, al identificar las variables que predicen el uso del condón, se han diseñado y aplicado intervenciones para poder modificarlas y evaluar su efecto. En varios estudios (Amaro et al., 2010; Callejas et al., 2005; Posada & Mora, 2015) se han realizado intervenciones enfocadas en modificar el nivel de conocimientos de métodos anticonceptivos, reflejando diferencias en este nivel, pero no así en uso de métodos anticonceptivos consistentemente. En otros programas de intervención (Gallegos et al., 2008; Villarruel et al., 2010) se han concentrado más en modificar las creencias de roles de género e intenciones, sin embargo, también consideran (en mucha menor importancia) las habilidades para colocar el condón y negociar su uso, encontrándose diferencias sobre las intenciones, mas no así en el uso consistente del condón. Por otro lado, también se han evaluado programas cuyo objetivo principal ha sido desarrollar habilidades conductuales para el uso del condón y su negociación, además de dar información y cambiar creencias sobre los roles de género (Robles, 2005; Robles et al., 2006) evaluadas no solo a través de autorreporte, sino mediante la observación directa, revelando cambios en el desarrollo de habilidades, pero no así en el uso consistente del condón. También se han entrenado habilidades de uso del condón y negociación, pero evaluando además constructos como las intenciones, la autoeficacia y norma subjetiva (Robles et al., 2012; Sánchez et al., 2016) encontrándose diferencias en creencias y actitudes, pero no así en norma subjetiva, autoeficacia ni intención de usar condón. Finalmente, otros estudios han incorporado, además de la información y habilidades del uso del condón y habilidades para su negociación, estrategias para alterar algunos factores situacionales como el que se tenga o no un condón en ese

momento o el uso de alcohol y drogas (DiClemente & Wingood, 1995; Oman et al., 2018), pero sin considerar otros factores disposicionales.

Desde la Psicología se han desarrollado diferentes Modelos psicológicos que han emergido como respuesta a problemas específicos, como lo es el caso del Modelo de Creencias de la Salud, que surgió por problemas de investigación aplicada en el Servicio de Salud Pública, sin considerar el respaldo teórico que dichos modelos requerían para no solo poder explicar comportamientos *saludables*, sino poder delimitar lo psicológico en el ámbito de la salud, es decir, poder insertarse como una interdisciplina en donde pudiera contribuir, junto con la biología, a explicar este proceso de salud-enfermedad. Ribes (2018) apunta que el conocimiento generado por la psicología es pertinente al ámbito de la salud, ya que puede ayudar a comprender y modificar aquellos factores que afectan a la salud y que dependen directamente del comportamiento individual. En este sentido, se requiere de una teoría previa del comportamiento y de un modelo tipo interfase que permita adaptar lo teórico (lo abstracto) con lo práctico (lo concreto). El Modelo Psicológico de la Salud Biológica (Ribes, 2018) supone una propuesta de modelo interfase, explicado en el capítulo 3, en donde se configura la relación entre lo biológico y lo psicológico.

Partiendo de este modelo se puede delimitar un problema de salud y diseñar intervenciones para su prevención, como es el caso del embarazo en población adolescente. Considerando que la prevención del embarazo en adolescentes se refleja en el uso consistente de algún método anticonceptivo, como el condón masculino, desde el modelo Psicológico de la Salud Biológica podrían diseñarse acciones específicas para promover su uso. Siendo el uso del condón una conducta instrumental y la promoción de su uso el objetivo a alcanzar, desde dicho modelo se requeriría intervenir en la parte de procesos, considerando específicamente el desarrollo de competencias. Lo anterior tendría sentido, pues el objetivo es que los adolescentes desarrollen tendencias, es decir, un hábito y que satisfagan un criterio de logro.

Para conocer los elementos que son pertinentes para el cambio de comportamiento individual, en este caso, promover que un adolescente utilice un

condón masculino, se utiliza la metodología del Análisis Contingencial (Rodríguez, 2013), en el que se analizaría el sistema microcontingencial (conjunto de relaciones que se establecen entre un individuo y otras personas, delimitada situacionalmente) y el sistema macrocontingencial (creencias relativas a la valoración moral).

A partir de este modelo se han considerado necesario evaluar las variables que podrían predecir el uso del condón, como en los otros modelos. En estudios realizados con el objetivo de evaluar las variables predictoras desde el Modelo Psicológico de la Salud Biológica (Piña, 2004; Piña & Urquidi, 2004; Urquidi & Piña, 2005) se ha encontrado que las variables de tipo psicológico que predicen esta conducta son las variables de tipo disposicional, por ejemplo, los motivos y la circunstancia social. También se ha encontrado que las variables de motivos y situación social predicen el tener múltiples parejas, que es considerada como una conducta de riesgo.

Respecto a la dimensión macrocontingencial, no se han realizado estudios diseñados desde este modelo para evaluar la relevancia de dicha variable sobre el uso del condón, sin embargo, otros estudios (Colomer & GrupoPrevInfaad/PAPPS Infancia y Adolescencia, 2013; Lapeira et al., 2016; Menkes & Suárez, 2003; Rivera-Rivera et al., 2016; Uribe-Alvarado et al., 2013) han señalado la importancia de considerar el contexto social en el que se desenvuelven los adolescentes para comprender conductas en el ámbito sexual, ya que a los hombres se les exigen conductas sexuales distintas que a las mujeres.

En congruencia con lo encontrado en los estudios bajo este modelo teórico, se han identificado dos elementos críticos para desarrollar dichas competencias: cambio de conducta propia y cambio macrocontingencial. El cambio de conducta propia se debe a que es muy probable que el sujeto no cuente con las habilidades para, por ejemplo, identificar en qué condiciones debe guardarse un condón masculino, utilizarlo correctamente o incluso para negociar su uso con su pareja; que no pueda superar factores situacionales que probabilicen una conducta de riesgo, como las propensiones biológicas, considerando los cambios hormonales, la ingesta de bebidas alcohólicas, que

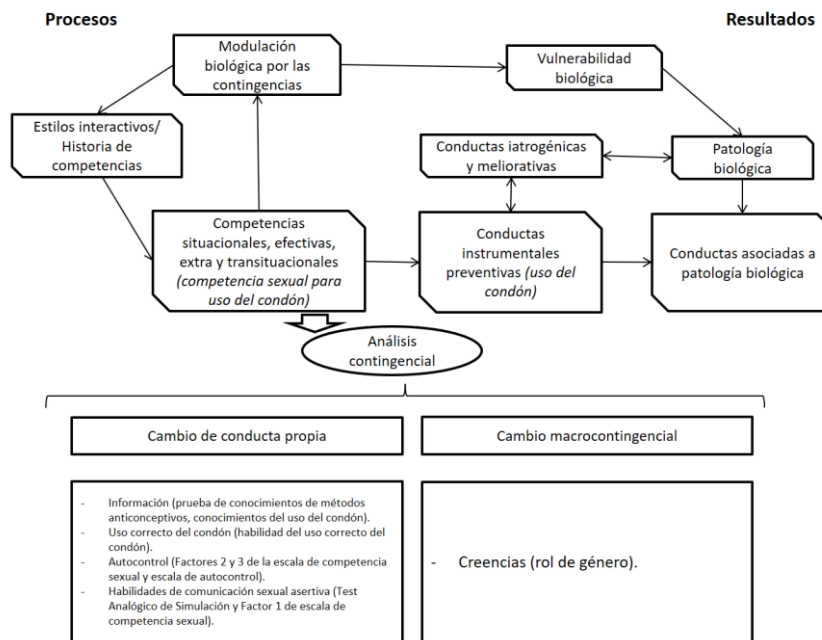
simplemente que no se cuente con los preservativos en el momento indicado o que el tipo de pareja haga menos probable que lo utilice. Respecto al cambio macrocontingencial, existen creencias sobre estereotipos de género, como el que un hombre lo es si y solo si tiene relaciones sexuales sin protección, que lejos de regular que un hombre utilice condón, lo alejarán, al creer que el usarlo solo disminuye su “virilidad”. Los anteriores, son los factores que, en su conjunto, crean una red que hacen más o menos probable que un adolescente tenga relaciones sexuales sin usar el condón. De esta forma, poder dotar al adolescente de las habilidades necesarias para superar todos estos factores, propiciaría que él o ella utilicen condón en todas las ocasiones, sin importar las circunstancias.

Sobre las estrategias pertinentes para lograr los cambios anteriormente señalados, se han considerado la información sobre los métodos anticonceptivos, la habilidad para el uso correcto del condón, el autocontrol y la habilidad de comunicación sexual asertiva (habilidad para hablar sobre algún tema de sexualidad y habilidad para negociar el uso del condón) como los adecuados para el cambio de conducta propia; respecto cambio macrocontingencial, el cambio de creencias con respecto a los roles de género.

Es necesario considerar que, hablando sobre habilidades, como es el caso del uso correcto del condón y de comunicación sexual, la resolución de un cuestionario no necesariamente refleja que alguien pueda hacerlo de manera efectiva en una situación real, por lo que debería tomarse en cuenta evaluar estas dos habilidades mediante la observación directa, como en la evaluación de Robles (2005). La descripción gráfica sobre cómo desde el Modelo Psicológico de la Salud Biológica se podría abordar la conducta del uso del condón es resumida en la Figura 7, observándose que las competencias son el punto central que promoverá la conducta instrumental del uso del condón, y que dichas competencias se desarrollarían a través de un análisis desde la metodología del Análisis Contingencial.

Figura 7

Propuesta de aplicación y evaluación de competencias para la promoción del uso del condón desde el Modelo Psicológico de la Salud Biológica



Finalmente, también es importante contar con un instrumento que sea sensible para identificar en los adolescentes los conocimientos que tienen sobre los métodos anticonceptivos, pues se requiere que puedan identificar sus características y, sobre todo, de su uso, pues no bastaría con identificar los métodos anticonceptivos, sino también conocer cómo se utiliza y con ellos alcanzar la eficacia máxima de dicho método utilizado. La eficacia, por tanto, también es un dato relevante, pues junto con las ventajas y las desventajas de cada uno, los adolescentes tomarían una decisión sobre qué riesgos corren si utilizan un método poco eficiente y las consecuencias que varios de ellos traen consigo, como el aumento de peso o la protección contra infecciones de transmisión sexual.

En resumen, para poder desarrollar en los adolescentes las competencias que les permitan emitir conductas preventivas (uso del condón) se requiere de un programa de intervención que considere los elementos ya señalados, por lo que se propone dividir el proyecto en dos estudios: el primero con el objetivo de

desarrollar una prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos, y el segundo encaminado a la evaluación de variables asociadas con el uso del condón y el diseño de un programa de promoción de competencias sexuales en el uso del condón. De lo anterior surgió la siguiente pregunta de investigación y objetivos:

Pregunta de investigación:

¿Cuáles serán las variables predictoras del uso consistente del condón en adolescentes y cuáles se requerirán modificar para el diseño de un programa de intervención con el fin de promover el uso consistente del condón masculino y otros métodos anticonceptivos?

OBJETIVOS GENERALES.

Objetivo 1: Conocer cuáles de las variables de conocimientos de métodos anticonceptivos, conocimientos del condón, autocontrol, competencia sexual preventiva, fallas en el uso del preservativo en el acto sexual, habilidad del uso correcto del condón y habilidades de comunicación sexual asertiva son predictoras del uso del condón masculino en adolescentes de preparatoria.

Objetivo 2: Diseñar un programa de intervención a partir de los resultados obtenidos en el análisis de predicción, sobre el desarrollo de competencia sexual en adolescentes de preparatoria.

Hipótesis: Las variables relacionadas con la alteración de factores disposicionales fungirán como predictores del uso consistente del condón.

Para el cumplimiento de dicho objetivo, el presente trabajo plantea la necesidad de dos estudios: el primero consistirá en el desarrollo de una prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos y el segundo consistirá en el diseño de un programa de intervención.

CAPÍTULO 6. ESTUDIO I: CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA PRUEBA DE CONOCIMIENTOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Dentro de las habilidades que se consideran relevantes para que la población adolescente utilice el condón y otros métodos anticonceptivos consistentemente se requiere que los adolescentes conozcan no solo cuál es la oferta de dichos métodos, sino la manera en que se usan y sus posibles efectos secundarios, con el fin de que los adolescentes no solo puedan identificarlos sino saber cómo y porqué usarlos. Debido a esto, se requiere un instrumento que permita evaluar qué saben los adolescentes de las características, uso, eficacia, ventajas y desventajas de la oferta de métodos anticonceptivos.

En este apartado se describe el proceso realizado para la construcción y la validación de una prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos.

6. 1 Objetivo general

Construir y estimar propiedades psicométricas de una prueba de conocimientos sobre métodos anticonceptivos dirigida a adolescentes de preparatoria.

Para el cumplimiento de este objetivo, el estudio se realizó en dos fases. La primera fase constituyó en la redacción de los ítems que constituirían la *Prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos* y su aplicación a estudiantes del primer grado de licenciatura en un estudio piloto y la segunda fase consistió en la validación de contenido por jueces expertos y estimación de sus propiedades psicométricas en población adolescente.

6.2 Objetivos específicos:

1. Elaborar categorías de métodos anticonceptivos y redacción de ítems.
2. Realizar un estudio piloto.
3. Validar, por jueces expertos, el contenido de los ítems.
4. Estimar el poder discriminativo de cada reactivo, el índice de dificultad por reactivo y de toda la prueba, así como el índice de confiabilidad.

6.3 Fase I: Construcción de prueba y estudio piloto

Para la validación de la prueba de conocimientos, primero se creó un banco de 35 ítems y se aplicó a una muestra de estudiantes de primer grado de preparatoria para poder evaluar las propiedades psicométricas de la prueba y realizar cambios antes de someterla a la validación con la población adolescente. En un segundo momento, la prueba se sometió a la validación de contenido por jueces expertos.

6.3.1. Revisión de la literatura y banco de ítems

Se hizo una revisión de la literatura y se consideraron las categorías de métodos no hormonales, métodos hormonales, métodos de barrera y pastilla anticonceptiva de emergencia para la redacción de los ítems, según la clasificación de Shuiling y Likis (2013). A su vez, se estableció que deberían estar distribuidos en tres categorías: características del método, uso del método y eficacia, ventajas y desventajas del mismo. Se redactaron cuatro posibles respuestas, considerando “no sé” como una de ellas, para evaluar si el estudiante poseía o no información alguna sobre la información que demandaba el ítem.

Una vez redactados 35 ítems, se solicitó a estudiantes especializados en salud, pertenecientes a la U. N. A. M., que leyeran cada uno de los ítems y evaluaran su claridad considerando que la prueba sería aplicada a adolescentes. En esta evaluación podían sugerir cambios en la redacción de los mismos. Las sugerencias se centraron en utilizar palabras del uso común (en la medida de lo posible) y en redactarlo en forma de pregunta directa, por ejemplo, de “el método de ‘coito interrumpido’ consiste en...” a “¿cuál es el método de ‘coito interrumpido’?”. Se realizaron los cambios pertinentes a todos los ítems.

Al realizar los cambios señalados, se entregó la prueba a cuatro adolescentes de 15 y 19 años para que la leyeran y comentaran si comprendían las preguntas o qué conceptos/palabras les parecían confusas. Todos ellos comentaron haber comprendido las preguntas.

6.3.2 Estudio piloto

Si bien después de la redacción del banco de ítems se evaluó con especialistas en el área de la salud y adolescentes que se comprendieran todas las preguntas, se consideró pertinente realizar un estudio piloto. Dicho estudio piloto tuvo como objetivo estimar las propiedades psicométricas de la prueba de conocimientos con jóvenes del primer semestre de alguna carrera de la FES Iztacala para evaluar el nivel de dificultad de los ítems antes de realizar su validación con la población adolescente. De esta forma, se podrían modificar aquellos ítems que resultaran muy fáciles o muy difíciles, para su posterior modificación y validación con adolescentes.

Se acudió a diferentes grupos de primer semestre de las carreras de Psicología, Biología y Medicina de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM. para invitar a los estudiantes a resolver la prueba de conocimientos. Dicha prueba contenía las categorías de características, uso, eficacia y ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos. Del total de 35 ítems, 8 eran sobre métodos no hormonales o naturales, 11 sobre métodos de barrera, 11 sobre métodos hormonales y 5 sobre la pastilla anticonceptiva de emergencia. Estos, a su vez, estaban distribuidos en 14 ítems sobre características de los métodos, 10 sobre el uso y 11 sobre eficacia, ventajas y desventajas. Todos los ítems contraban con opciones de respuestas, de las cuales una era la correcta, otra indicaba “no sé” y las dos restantes, eran incorrectas.

Una vez que los jóvenes aceptaban participar en el estudio, se les daban las instrucciones sobre cómo responder el instrumento, señalando que, en la prueba de métodos anticonceptivos, tenían cuatro posibles respuestas y que si no sabían cuál era la correcta, lo mejor era que respondieran “no sé”, pues no habría ningún tipo de consecuencia. Se enfatizó que su participación era voluntaria y que la información recabada sería anónima y confidencial. El tiempo para resolver el cuestionario fue de 8 a 20 minutos.

En total fueron 224 estudiantes que aceptaron participar en este estudio, 38,9% fueron hombres ($n = 86$) y 61,1% mujeres ($n = 135$), cuyas edades se encontraban en un rango de 17 a 27 años ($M = 18.7$, $DE = 1.76$). Del total de

participantes, 66,5 % ($n = 149$) pertenecían a la carrera de Biología, 26,8% ($n = 60$) a la carrera de Psicología y 6,7% ($n = 15$) a la de Medicina. La mayoría fueron estudiantes solteros (93,8%) que vivían con su mamá y papá (53,6%), aunque hubo un porcentaje considerable de estudiantes que solo vivían con su mamá (31,7%).

Para evaluar las propiedades psicométricas de esta primera versión de la prueba y realizar los cambios necesarios previos a la aplicación con población adolescente, se realizó el procedimiento propuesto por Robles y Díaz-Loving (2011) consistente en obtener el poder discriminativo por reactivo, el índice de dificultad por reactivo y del total de la prueba y, finalmente, la consistencia interna.

Primeramente, se estimó el poder de discriminación de cada reactivo (Backhoff et al., 2000), para lo cual se obtuvo la suma total del instrumento y se realizó un análisis de frecuencias para determinar los valores del cuartil más bajo al más alto (25 y 75, respectivamente) para conformar los grupos alto y bajo. Para determinar a qué grupo pertenecía cada reactivo, se realizó una comparación entre grupos a través de una prueba *chi Cuadrada* para muestras independientes; cuando las diferencias resultaron ser significativas, el reactivo se clasificó como sensible para discriminar entre el grupo alto y el bajo; si las diferencias no eran significativas, se clasificó como no sensible. De este procedimiento, se encontró que siete ítems no discriminaban entre los grupos alto y bajo.

Para evaluar el índice de dificultad, se estimó al número de personas que respondieron de manera correcta al reactivo (Backhoff et al., 2000), es decir, se dividió el número de participantes que respondieron correctamente a cada reactivo, entre el total de participantes que respondieron al reactivo correspondiente. Este índice, que se encuentra entre 0 y 1, en donde a menor valor, mayor dificultad del ítem, fue de .50 con los ítems que sí mostraron un poder discriminativo.

Finalmente, para la evaluación de la consistencia interna, se estimó el valor del indicador *KR20* (Kuder & Richardson, 1937), que es un indicador diseñado para datos dicotómicos. Dicho indicador va del 0 al 1, en donde, a

medida que el valor del coeficiente es más cercano a 1, la consistencia interna es mayor. En este caso, el valor *KR20* fue de .818.

Se revisaron cada uno de los ítems en términos del porcentaje de respuestas correctas de los grupos alto y bajo, así como su índice de dificultad para realizar los cambios en dicho ítem, por ejemplo, si un ítem había sido resuelto por un alto porcentaje en el grupo bajo y tenía un índice de dificultad muy bajo, entonces se redactaba un ítem que demandara una mayor dificultad en la misma categoría a la que pertenecía. Ejemplo de esto fue el ítem “¿cuál es el proceso para utilizar el diafragma” que resultó muy difícil, por lo que se cambió a “¿qué es un diafragma anticonceptivo?” De esta manera, se buscaba elevar o disminuir la dificultad de los ítems y poder volver a probarlo con una muestra de adolescentes. Una vez realizados dichos cambios, se llevó a cabo el proceso de validación y estimación de propiedades psicométricas.

6.3.3 Validación de contenido por jueces expertos

Con el objetivo de validar el contenido de los ítems de la prueba de conocimientos, se contactó a profesionales de la salud de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, que tuvieran experiencia en el área de reproducción y de creación de pruebas. Se les explicó el objetivo del proyecto y se les invitó a participar para evaluar cada uno de los ítems.

Dos juezas estuvieron dispuestas a participar en la validación de contenido. En la Tabla 2 se describe su experiencia y escolaridad.

Tabla 2

Características de jueces expertos

Validación por jueces expertos		
Sexo	Escolaridad	Experiencia
Femenino	Licenciatura	Académica de la Licenciatura de Enfermería y nivel técnico en módulos de reproducción.
Femenino	Doctorado	Área clínica, educativa y epidemiológica.

Para la validación, se utilizó un instrumento en donde las juezas evaluaban la suficiencia, claridad, coherencia y relevancia de cada uno de los ítems, mediante una escala Likert de 1 a 4 (Anexo 1).

El grado de acuerdo entre juezas se obtuvo mediante el coeficiente de concordancia W de Kendall y se concluyó que existía un acuerdo ($w = .68$; $p = .003$). Empero, las juezas consideraron pertinente eliminar dos de los 36 ítems: el ítem 4, “¿cuál **no** es un método anticonceptivo de barrera?” al considerar que podría suprimirse sin que se viera afectada la categoría; y el ítem 33, “algunos métodos hormonales pueden generar...”, ya que las respuestas parecían confusas o podía haber más de una. Una vez eliminados dichos ítems la prueba estuvo conformada por un total de 34 ítems.

6.3.4 Estimación de propiedades psicométricas

Una vez que la prueba fue validada por las juezas expertas y se eliminaron los ítems que ellas sugirieron, se realizó un estudio instrumental (Montero & León, 2007), ya que se obtuvieron los valores del poder de discriminación, índice de dificultad y confiabilidad de la prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos con el fin de obtener una prueba válida y confiable para su aplicación en población adolescente.

Para la selección de los participantes, se realizó un muestreo aleatorio (Méndez et al., 2016), en el cual se consideraron todas las escuelas preparatorias oficiales del municipio de Ecatepec y se hizo una selección aleatoria para su aplicación a través de la aplicación *random number generator*. La Preparatoria Oficial Número 257 fue seleccionada y se agendó una cita para invitar al alumnado a la participación del proyecto. Se explicaron los objetivos del estudio a los directivos del plantel y se acordó que se podían realizar las evaluaciones a los tres grados escolares del turno matutino.

Se aplicaron dos instrumentos, uno que recopilaba información sobre datos sociodemográficos y la prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos. Dicha prueba de conocimientos constó de 36 ítems en total. Todos los ítems recopilaban información sobre los métodos no hormonales o naturales, de barrera, hormonales y de la pastilla anticonceptiva de emergencia.

De los 36 ítems, 17 estaban destinados a obtener información sobre las características de los métodos, 11 sobre cómo se usaban y 10 sobre la eficacia, ventajas y desventajas. Cada ítem tenía cuatro opciones de respuesta, de las cuales una era la correcta, otra era “no sé” y las dos restantes eran incorrectas. Se asumía que, a mayor número de respuestas correctas, mayor nivel de conocimientos.

La aplicación de los instrumentos se realizó en los salones de la Preparatoria Oficial. Para invitar a los alumnos a participar, se acudía a cada grupo, se les explicaban los objetivos de la investigación, se les invitaba a participar, pero se les hacía énfasis en que dicha participación era voluntaria, pues recopilaba información respecto a conductas sexuales y que el negarse a responder a los instrumentos no tendría ningún tipo de consecuencia. La información concerniente a la confidencialidad y objetivos también se encontraba dentro del cuadernillo. La aplicación duraba 17 minutos, aproximadamente.

El instrumento fue respondido por un total de 229 estudiantes del turno matutino, de los cuales el 66% fueron mujeres ($n = 150$) y el 34% hombres ($n = 77$) (dos participantes no reportaron su sexo). Las edades de los participantes se encontraban en un rango de 15 a 19 años ($M = 16.22$, $DE = .978$). Del total de participantes, 81 pertenecían al primer grado de preparatoria, 80 al segundo y 68 al tercero. La mayoría fueron estudiantes solteros (88,5%) vivían con su mamá y papá (62,9%) y se identificaron como heterosexuales (78.1%).

Se estimaron el poder discriminativo de cada reactivo, el índice de dificultad de cada reactivo y total de la prueba y su consistencia interna.

Para la obtención del poder discriminativo de cada ítem, se obtuvieron los cuartiles para poder clasificar en dos grupos a los pertenecientes al cuartil 25 y al cuartil 75 en función del porcentaje de respuestas correctas del total de los participantes. Los participantes del cuartil 25 eran aquellos que habían obtenido entre 2 y 13 respuestas correctas, mientras que los del cuartil 75 lo conformaron aquellos que habían obtenido entre 20 y 26 respuestas correctas. El promedio de respuestas correctas fue de 15.74 ($DE = 4.784$). Los valores de la estimación del poder discriminativo se observan en la Tabla 3. Como se observa, solo tres ítems

no discriminaron entre los participantes del grupo bajo y del grupo alto, por lo que se eliminaron de la prueba.

Tabla 3

Poder discriminativo de cada uno de los reactivos de la prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos

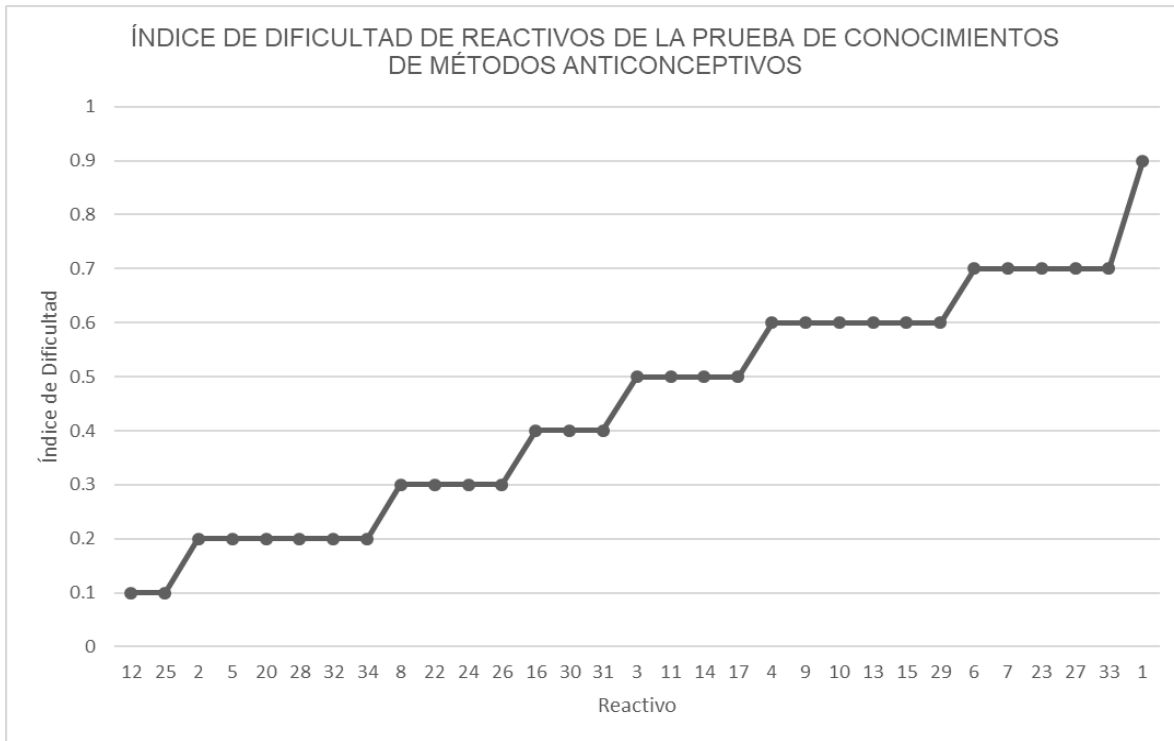
Ítem	Gpo. Alto <i>n</i> = 73	Gpo. Bajo <i>n</i> = 70	<i>x</i>	<i>p</i>
1	71	48	21.058	.000
2	21	6	9.516	.002
3	49	20	21.270	.000
4	48	32	5.822	.016
5	28	8	13.755	.000
6	61	39	13.178	.000
7	68	33	36.463	.000
8	33	8	19.935	.000
9	54	29	15.541	.000
10	59	36	13.845	.000
11	54	13	44.046	.000
12	12	0	12.561	.000
13	62	25	36.332	.000
14	59	18	43.666	.000
15	62	20	46.404	.000
16	44	18	17.379	.000
17	32	34	.322	.570
18	73	67	3.196	.074
19	35	20	5.667	.017
20	19	10	3.047	.081

21	67	47	13.417	.000
22	42	5	41.124	.000
23	64	31	30.163	.000
24	44	11	29.978	.000
25	17	1	15.518	.000
26	35	10	18.773	.000
27	58	28	23.202	.000
28	29	6	18.763	.000
29	53	31	11.823	.001
30	40	12	21.892	.000
31	48	10	39.263	.000
32	21	6	9.516	.002
33	62	31	25.962	.000
34	22	6	10.554	.001

Para obtener el índice de dificultad, se dividió el número de participantes que respondieron correctamente a cada reactivo, entre el total de participantes que respondieron al reactivo correspondiente. También se estimó el Índice de Dificultad de toda la prueba, promediando el índice de dificultad de los 31 ítems que conforman la prueba de conocimientos. Los resultados se pueden observar en la Gráfica 1. El índice de dificultad total de la prueba con los 31 reactivos que mostraron tener un poder discriminativo fue de .45. Según la clasificación de Backhoff et al. (2000), alrededor del 32% (10) de los reactivos se clasificaron como altamente difíciles, 26% (8) como medianamente difíciles, 32% (10) de dificultad media y 10% (3) medianamente fáciles.

Gráfica 1

Índice de dificultad de cada uno de los reactivos de la prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos



Finalmente, se estimó la consistencia interna, cuyo valor fue de .739.

Se observó que en promedio los participantes tuvieron un 45% ($DE = 15.159$) de respuestas correctas en toda la prueba. En cuanto al porcentaje de respuestas correctas por categoría, en la categoría de *características* (15 ítems) el promedio de respuestas correctas fue de 48%, 48% en la categoría de *uso* (10 ítems) y 33% en la categoría de *eficacia, ventajas y desventajas* (6 ítems). En el Anexo 2 se puede observar la categorización de las preguntas.

6.4 DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo construir y estimar las propiedades psicométricas de una prueba de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, tanto hormonales como no hormonales y de barrera. Los resultados de la

validación de contenido por jueces expertos y de las propiedades psicométricas del instrumento, indican que éste es una herramienta útil para evaluar no solo si los adolescentes conocen las características de una variedad de métodos anticonceptivos, sino también sobre cómo deben utilizarse, su eficacia para prevenir un embarazo o alguna ITS y sus posibles efectos.

6.4.1 Banco de ítems

En la *Prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos* se consideró necesario el integrar la oferta completa de métodos anticonceptivos, toda vez que la correcta evaluación del conocimiento de los mismos permitirá diseñar programas de intervención que incluyan la información que los adolescentes no conozcan.

Mientras que en otras pruebas se consideraba el preguntar si “habían escuchado hablar” sobre algún método como información pertinente para la evaluación de los conocimientos (Jiménez & Vilchis, 2016; Menkes et al., 2006) en el presente estudio se partió del supuesto que conocer sobre los métodos anticonceptivos implica responder ante preguntas que involucren tanto las características del método, como su uso y los efectos que pueden ocasionar para considerar que, en efecto, el adolescente conocía el método.

Además, la redacción de las preguntas fue evaluada por especialistas en salud y por adolescentes mismos, lo que permitió que las preguntas fueran comprensibles para los participantes. No solo resulta necesario, sino empático el que las preguntas dirigidas para la evaluación de conocimientos tengan relevancia sobre su importancia. En el caso de Romero (2012), por ejemplo, se cuestionaba “la vida media de óvulo es...” o “la vida media del espermatozoide es...”, lo cual no solo implica un nivel de dificultad alto para estudiantes de secundaria, sino que la relevancia de que los adolescentes tengan este conocimiento no es la misma a que, por ejemplo, conozcan cuánto tiempo es el recomendable para tomar una pastilla anticonceptiva de emergencia. En caso contrario, como lo fue en el estudio de León y Gómez (2018), en donde se realizaron preguntas como “la marcha atrás es un método anticonceptivo bastante seguro” o “las ETS son frecuentes en

nuestra sociedad”, las cuales tenían un nivel de dificultad muy bajo y la pertinencia de la segunda pregunta no se relacionaba necesariamente con conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

Como se observó en los resultados, la inclusión de categorías como *uso y eficacia, ventajas y desventajas* permitió evaluar que los adolescentes no tenían la información completa al desempeñarse en menor nivel en la categoría de *eficacia, ventajas y desventajas*. Es sustancial que conozcan los posibles efectos secundarios del uso de métodos anticonceptivos antes de utilizarlos, pues existe evidencia que señala la discontinuación de un método debido a la presencia de estos (Simmons et al., 2018) o que tienen información errónea sobre sus efectos y eso los lleva a no utilizarlos (Lapeira et al., 2016). Como ejemplo de lo anterior se encuentran las pastillas anticonceptivas, que, aunque su eficacia es alta y la mayoría son de larga duración, pueden ocasionar náuseas o aumento de peso, efectos que podrían desmotivar su uso continuo y alejar a las adolescentes de utilizar cualquiera de estos métodos en un futuro (Shuiling & Likis, 2013; Peláez, 2016).

6.4.2 Propiedades psicométricas

En esta investigación, se consideró la validación de contenido por medio de la utilización de jueces expertos calificando la suficiencia, claridad coherencia y relevancia como lo sugieren Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008). La evaluación de estas categorías por parte de las juezas expertas permitió que se descartaran dos ítems, uno que no se consideraba relevante y otro que no se consideraba claro. Es en este aspecto en donde se encuentra una de las limitaciones del estudio, dado que solo participaron dos juezas expertas, cuando se recomienda un número mayor (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008). Si bien en el presente estudio no se contó con los recursos y disponibilidad para que más jueces participaran y, como señalan Cabero y Llorente (2013), los procedimientos para su selección pueden deberse a distintos motivos, como fue el presente caso.

En cuanto al nivel de dificultad de la prueba, según la clasificación de Backhoff et al. (2000), alrededor del 32% reactivos se clasificaron como altamente difíciles, 26% como medianamente difíciles, 32% de dificultad media y 10% medianamente fáciles. Esto representa que existe una adecuada distribución del nivel de dificultad de los ítems de toda la prueba.

Sobre la consistencia interna, el valor aquí estimado se considera adecuado (Nunnally & Bernstein, 1994).

Los ítems más difíciles fueron aquellos relacionados con los efectos de algunos métodos como el espermicida o pastillas anticonceptivas y aquellas relacionadas al implante subdérmico, mientras que los más fáciles fueron aquellos relacionados al coito interrumpido y a los métodos naturales.

De los ítems que se eliminaron durante el proceso, dos requerían información sobre el condón masculino, lo cual podría explicar el por qué dichos ítems fueron respondidos correctamente tanto por adolescentes que se desempeñaron bien en la prueba como por aquellos que no, puesto que es el método anticonceptivo más común y del que se posee más información (Gutiérrez et al., 2013; Menkes & Suárez, 2003; Menkes et al., 2006).

Las limitaciones del estudio se centran en que solo participaron dos juezas expertas, cuando se recomienda un número mayor (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008), aunque en el presente estudio no se contó con los recursos y disponibilidad para que más jueces participaran. Otra limitación fue el número de participantes, pues el acceso a la aplicación de más se vio limitada por condiciones institucionales y temporales para la finalización del presente estudio. Sin embargo, la metodología y los resultados con respecto a la construcción y validación de la prueba aquí presentados señalan que la prueba es válida y confiable para su uso en población adolescente.

CAPÍTULO 7. ESTUDIO II: ANÁLISIS DE PREDICTORES DEL USO DEL CONDÓN Y DISEÑO DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA PROMOVER SU USO

Los adolescentes comienzan su vida sexual a edades cada vez más tempranas y muchas veces no se protegen, corriendo el riesgo de contraer un embarazo o incluso de tener una ITS. El uso del condón masculino y otros métodos anticonceptivos son primordiales desde la primera relación sexual.

El presente estudio estuvo orientado a conocer cuáles son las variables predictoras del uso del condón masculino para, posteriormente, diseñar un programa de competencia sexual para promover conductas sexuales preventivas en los adolescentes basado en el Modelo Psicológico de la Salud Biológica.

7.1 Objetivo general

Conocer cuáles son las variables predictoras del uso del condón y diseñar un programa de competencia sexual para promover conductas sexuales preventivas con base en los resultados del análisis predictivo.

7.2 Objetivos específicos

1. Describir el perfil sociodemográfico de los participantes.
2. Describir y analizar el nivel de las variables evaluadas de los participantes, así como la conducta sexual y uso de métodos anticonceptivos.
3. Comparar, en función del sexo y la experiencia sexual, las diferencias entre las variables evaluadas
4. Analizar la relación entre las variables psicológicas evaluadas y los índices de consistencia del uso del condón.
5. Conocer cuáles son las variables predictoras del índice de consistencia del uso del condón en los últimos tres meses y el índice de consistencia del uso del condón durante toda la vida.

6. Conocer cuáles son las variables predictoras del índice de consistencia del uso del condón en los últimos tres meses y el índice de consistencia del uso del condón durante toda la vida en función del sexo.

7.3 Método

7.3.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal (Méndez et al., 2016), pues se mostrarán los resultados descriptivos, correlacionales y predictivas de las variables evaluadas y su relación con el uso del condón.

7.3.2 Población universo

Escuelas de preparatoria o de bachillerato del municipio de Ecatepec.

7.3.3 Procedimiento de selección de la muestra

Para la selección de los participantes, se utilizó un muestreo aleatorio (Méndez et al., 2016), ya que, del total de 89 escuelas preparatorias federales ubicadas en el municipio de Ecatepec, se seleccionó de manera aleatoria una de ellas a través de la aplicación “*random number generator*”. El instrumento fue respondido por un total de 229 estudiantes del turno matutino de la “Preparatoria Oficial Número 257”.

7.3.4 Participantes

Participaron un total de 229 estudiantes, de los cuales 66% fueron mujeres ($n = 150$) y 34% hombres ($n = 77$) (dos participantes no reportaron su sexo). Las edades de los participantes se encontraron en un rango de 15 a 19 años ($M = 16.22$, $DE = .978$). Del total de participantes, 81 pertenecían al primer grado de preparatoria, 80 al segundo y 68 al tercero. La mayoría fueron estudiantes solteros

(88,5%) vivían con su mamá y papá (62,9%) y se identificaron como heterosexuales (78.1%).

7.3.4.1 Criterios de inclusión y de exclusión de la muestra

Los criterios de inclusión de la muestra fueron que los participantes estuvieran inscritos en la preparatoria y que tuvieran entre 15 y 19 años. Se excluyeron cinco casos, pues tenían edades mayores a 19 años o no contestaron completamente la encuesta.

Las características sociodemográficas de los participantes se muestran en la Tabla 4. Se observa que en su mayoría eran mujeres, vivían con su madre y padre (aunque hay un porcentaje importante que solo vivía con su madre) y reportaban ser heterosexuales.

Tabla 4

Características sociodemográficas de los participantes

Características		n	%	Edad (DE)
		229	100	16.22 (.978)
Sexo	Hombres	77	33.9	16.09 (.955)
	Mujeres	150	66.1	16.29 (.987)
Grado escolar	Primer grado	81	35.4	15.2 (.537)
	Segundo grado	80	34.9	16.41 (.630)
	Tercer grado	68	29.7	17.19 (.432)
Estado civil	Soltero	201	88.5	
	Casado	3	1.3	
	Unión libre	7	3.1	
	Otro	16	7.0	
Vive con	Mamá y papá	144	62.9	
	Papá	9	3.9	
	Mamá	64	27.9	
	Otro	12	5.2	
Orientación sexual	Heterosexual	175	78.1	
	Homosexual	6	2.7	
	Bisexual	33	14.7	
	No sé	10	4.5	

7.3.4.2 Escenario

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en los salones de los alumnos bajo la supervisión de los profesores. En cuanto a la grabación de las habilidades

de observación directa, se llevó a cabo en un laboratorio que las autoridades facilitaron para uso exclusivo de los investigadores.

7.3.6 Materiales

Para las grabaciones de las habilidades de observación directa, se requirió de un celular marca Xiaomi Redmi Note 8, 60 condones, un pene de enseñanza, un bote de basura pequeño, unas tijeras, hojas, clips y un lápiz.

7.3.7 Instrumentos

Se utilizó una encuesta que constaba de siete secciones: datos sociodemográficos, prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos, conocimientos sobre el uso del preservativo, escala de autocontrol, conducta sexual y uso de métodos anticonceptivos, escala para evaluar competencia sexual preventiva y fallas en el uso del preservativo durante el acto sexual (Ver Anexo 3). Además, se evaluaron las habilidades del uso correcto del condón y la habilidad de comunicación sexual asertiva. La definición conceptual y operacional de cada variable se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5

Definiciones conceptuales y operacionales de las variables evaluadas en el estudio

Variable	Instrumento	Definición conceptual	Definición operacional
	Autorreporte		
Datos sociodemográficos	Reactivos para conocer aspectos individuales como lo son: el sexo, la edad, el estado civil, el nivel socioeconómico, el grado escolar y familiares como: si viven o no los padres, integrantes de la familia, edad de los padres, niveles de estudio, trabajo y		Reporte sobre las características individuales y familiares.

		edad cuándo se tuvo al primer hijo.		
Conocimientos de métodos anticonceptivos	de	Prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos (KR-20 = .739).	de Información sobre las características, modo de uso y posibles efectos de los diversos métodos anticonceptivos.	Puntaje obtenido en el total de los 31 reactivos en donde, a mayor puntaje, mayor nivel de conocimientos.
Conocimientos del condón masculino	del	Conocimientos sobre el uso del preservativo (Robles et al., 2014) ($\alpha = .65$).	Prueba de conocimientos orientada a recopilar información sobre las características y el uso del preservativo (Robles et al., 2014).	Puntaje obtenido en el total del instrumento. Se calificaron con "0" las respuestas incorrectas y con "1" las correctas. Se interpretaba que, a mayor puntaje, mayor nivel de conocimientos sobre el uso del condón.
Autocontrol (sin experiencia sexual)	(sin)	Escala de autocontrol de Tangney et al. (2004), traducida y validada por Zúñiga (2006), compuesta de dos factores: conductas irreflexivas ($\alpha = .79$) y conductas dirigidas hacia una meta ($\alpha = .70$).	Conjunto de procedimientos específicos que una persona puede emplear para modificar su propia conducta (Kazdin, 1989).	En el factor de conductas irreflexivas, se considerará el puntaje obtenido en 8 ítems, en donde, a menor puntaje, mayor nivel de conductas irreflexivas. En el factor de conductas dirigidas hacia una meta, el puntaje obtenido en 8 ítems, en donde, a menor puntaje, mayor nivel de conductas dirigidas hacia una meta.
Conducta sexual y uso de métodos anticonceptivos	de	Reactivos concernientes al debut sexual, parejas sexuales, relaciones sexuales (Robles & Díaz-Loving, 2011) y uso de métodos anticonceptivos.	Circunstancias en las que se tuvo el debut sexual, así como relaciones sexuales subsecuentes, embarazo y uso de métodos anticonceptivos.	Reporte de circunstancia en la que se tuvo el debut sexual, relaciones sexuales subsecuentes, embarazo y uso de métodos anticonceptivos.
Competencia sexual preventiva	sexual	Escala para evaluar competencia sexual (Robles & Díaz-Loving, capítulo 8), factores 2 (disposicionales del individuo y del ambiente, $\alpha = .871$) y 3 (disposicionales	La competencia es definida como colección de ocurrencias conductuales simultáneas o sucesivas que se presentan ante una situación, que incluye	Puntaje obtenido en los factores 2 y 3 de la escala de competencia, en donde, a mayor puntaje, menor competencia.

	sociales, $\alpha = .864$).	criterios de logro (Ribes, 1990).	
Fallas en el uso del condón	Fallas en el uso del preservativo en el acto sexual (Robles et al., 2014). Dos factores: conductas de riesgo ($\alpha = .64$) y conductas preventivas ($\alpha = .62$).	Fallas en el uso del preservativo en el acto sexual (Robles et al., 2014).	Puntaje obtenido en la prueba de conductas de riesgo y conductas preventivas. En las conductas de riesgo, se invirtieron los valores, a medida que, al evaluar el instrumento completo, a mayor valor, mayor nivel de prevención.
	Habilidades de observación directa		
Habilidad del uso correcto del condón	Habilidad del uso correcto del condón a través de realización de 8 pasos (Robles et al., 2006).	Habilidad conductual para colocar y retirar correctamente un preservativo (Robles et al, 2006).	Porcentaje de conductas acertadas realizadas en la colocación y retiro del condón masculino. A mayor porcentaje, mayor nivel de habilidad del uso del condón masculino.
Habilidades de comunicación sexual asertiva	Test Analógico de Simulación (TAS) (Roth, 1986), que evalúa componentes verbales y no verbales.	Habilidad para iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad y negociar y llegar a un acuerdo sobre el uso del condón (Robles et al., 2006).	Porcentaje de conductas verbales y no verbales realizadas y registradas. Se entiende que, a mayor porcentaje, mayor nivel de la habilidad.

Datos sociodemográficos: Se diseñaron 16 reactivos para recopilar información de los participantes sobre su sexo (hombre/mujer), edad, grado escolar (primero, segundo y tercero), estado civil (soltero, casado, unión libre u otro), con quién vivía (mamá y papá, papá, mamá u otro) y orientación sexual (heterosexual, homosexual, bisexual o no sé).

Prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos: Dicha prueba constó de 31 ítems. Todos los ítems recopilaban información sobre los métodos no hormonales o naturales, de barrera, hormonales y de la pastilla anticonceptiva de emergencia. De los 31 ítems, 15 estaban destinados a obtener información sobre las características de los métodos, 10 sobre cómo se usaban y 6 sobre la eficacia,

ventajas y desventajas. Cada ítem tenía cuatro opciones de respuesta, de las cuales una era la correcta, otra era “no sé” y las dos restantes eran incorrectas. Para los análisis se recodificaron como 1 a la respuesta correcta y como 0 las respuestas incorrectas, incluidas las respuestas “no sé”. Las medidas utilizadas para los análisis de este instrumento fueron el porcentaje de respuestas correctas obtenidas por los participantes en la prueba total y el porcentaje de participantes que respondieron correctamente a cada reactivo.

Conocimientos sobre el uso del condón: Para evaluar los conocimientos sobre el uso del condón se utilizó el instrumento *Conocimientos sobre el uso del preservativo* (Robles et al., 2014). Es una prueba de conocimientos con ocho afirmaciones que refieren aspectos vinculados con las características del paquete del preservativo, la forma de colocar el preservativo en el pene, el momento en que debe colocarse, la forma de retirarse y el momento en que debe retirarse del pene. Tiene un formato de respuesta de cierto, falso y no sé. Para los análisis, las respuestas se recodificaron como 1 a la respuesta correcta y como 0 las respuestas incorrectas, incluidas las respuestas “no sé”. Las medidas utilizadas para los análisis de este instrumento fueron el porcentaje de respuestas correctas obtenido por los participantes en toda la prueba y el porcentaje de participantes que respondió correctamente a cada reactivo.

Autocontrol: Se utilizó la versión traducida y validada por Zúñiga (2006) de la escala originalmente desarrollada por Tangney et al. (2004) para medir el nivel de autocontrol. El instrumento, conforme al modelo bifactorial de autocontrol, posee dos dimensiones: factores sobre conductas irreflexivas (8 ítems) y factores sobre conductas dirigidas hacia una meta (8 ítems). El instrumento está conformado por 16 preguntas y cada una cuenta con cinco opciones de respuesta definidas en escala tipo Likert, con valores que van de 1 (me describe totalmente) a 5 (no me describe totalmente). Las medidas obtenidas para su análisis fueron el valor promedio obtenido por el total de participantes en cada reactivo y el puntaje promedio obtenido por los participantes de cada uno de los factores.

Conducta sexual y uso de métodos anticonceptivos: Constó de 16 reactivos que demandaban información sobre el lugar, momento, edad en que se

tuvo la primera relación sexual, métodos anticonceptivos utilizados en la primera relación sexual, así como información sobre frecuencia de relaciones sexuales subsecuentes (algunos reactivos fueron tomados de Robles & Díaz-Loving, 2011). Dentro de esta sección, siete reactivos recopilaban información sobre cuáles métodos anticonceptivos habían utilizado durante toda su vida, si habían utilizado el condón en su primera y última relación sexual, así como el número de relaciones sexuales en toda su vida, los últimos tres meses y el número de ocasiones que habían utilizado condón de ese total.

Escala para evaluar competencia sexual (Robles & Díaz-Loving, 2011, capítulo 8): Esta escala cuenta con 23 reactivos agrupados en tres factores. El Factor 1 es el de *mediación* (12 ítems), el Factor 2 es de *Disposicionales del individuo y del ambiente* (5 ítems) y el Factor 3 es de *Disposicionales sociales* (6 ítems). Para los propósitos de este estudio solo se consideraron los Factores 2 y 3, ya que se busca obtener información sobre los factores disposicionales. Las opciones de respuesta de dicha escala son de tipo Likert de 5 puntos (0 = Nunca he vivido algo semejante, 1 = Nada importante para usarlo, 2 = Poco importante para usarlo, 3 = Importante para usarlo y 4 = Muy importante para usarlo). Para los análisis de esta escala se consideraron el puntaje promedio de cada reactivo obtenido por los participantes, el puntaje promedio de cada factor obtenido por los participantes y el puntaje promedio de ambos factores (es decir, del total de la prueba) obtenido por todos los participantes.

Uso correcto del preservativo en el acto sexual: Para evaluar si los participantes utilizaban correctamente el condón durante sus relaciones sexuales, se utilizó el instrumento "Fallas en el uso de preservativo durante el acto sexual" (Robles et al., 2014). Esta escala mide la frecuencia de fallas del uso de preservativo durante el acto sexual, la cual está conformada por siete reactivos. Los reactivos tienen un formato de respuesta en escala tipo Likert con valores de 0 (nunca ha ocurrido), 1 (casi nunca), 2 (algunas veces), 3 (casi siempre) y 4 (siempre). Para los fines del presente estudio y evaluar el uso correcto del preservativo durante el acto sexual, los puntajes de las conductas de riesgo (reactivos 1, 2, 3 y 4) fueron invertidas, es decir, el valor de 0 se convirtió en 4, el 1

en 3, el 2 permaneció como 2, el 3 en 1 y el 4 en 0, de esta forma, cada ítem evaluaba la frecuencia en que realizaron correctamente los pasos para el uso del preservativo. Las medidas consideradas para los análisis de resultados fueron los puntajes promedio obtenidos por todos los participantes en cada reactivo y los puntajes promedio de toda la escala de todos los participantes.

Habilidad del uso correcto del condón (Robles et al., 2006): Esta habilidad se evaluó a través de la observación directa. El procedimiento consistió en una evaluación individual de la ejecución de la colocación de un condón en ocho pasos (revisar la fecha de caducidad del paquete del condón, revisar que el paquete tuviera una burbuja de aire, bajar el condón antes de abrir el paquete, abrir el paquete sin usar uñas o dientes, colocar en el glande el condón del lado correcto, apretando la punta, girar el condón dos vueltas para evitar la presencia de burbujas de aire y bajarlo hasta la base del pene, simular llevar el semen hacia la punta del condón y retirar el condón dándole dos vueltas a la punta simulando evitar la salida del semen). La ejecución de los participantes fue grabada. La evaluación correspondiente fue realizada por tres observadores previamente entrenados que, de manera independiente, registraron la ocurrencia de cada uno de los pasos a través de la observación de las filmaciones. Se codificaba como 1 cuando dos observadores registraban la ocurrencia de cada paso y 0 cuando dos observadores no registraban la ocurrencia de cada paso. La medida utilizada para los análisis de resultados fue el porcentaje de pasos realizados por cada participante y la proporción de participantes que realizaban cada paso.

Habilidades de comunicación sexual asertiva (Robles et al., 2006): Estas habilidades las componen la habilidad de *iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad* y la habilidad de *negociación del uso del condón*. Se utilizó el *Test Analógico de Simulación (TAS)* (Anexo 4) desarrollado y validado por Roth (1986) que considera los componentes verbales y no verbales en las habilidades. La prueba está diseñada para que el participante y una persona previamente entrenada del sexo opuesto simulen una situación en la que el participante deba hablar sobre temas de sexualidad y negociar el uso del condón. Esta escena fue video grabada y mostrada a tres observadores previamente entrenados que, de

manera independiente, registraron la ocurrencia de cada uno de los pasos a través de la observación de las filmaciones. Se codificaba como 1 cuando dos observadores registraban la ocurrencia de cada paso y 0 cuando dos observadores no registraban la ocurrencia de cada paso bajo los criterios del test. La medida utilizada para los análisis de resultados fue el porcentaje de pasos realizados por cada participante y la proporción de participantes que realizaban cada paso.

7.3.8 Procedimiento

Instrumentos de autoinforme

Para la aplicación de los instrumentos, se acudió a los salones de clases de los alumnos, se les explicó a los alumnos los objetivos de la investigación, se les invitó a participar, pero se les hizo énfasis en que dicha participación era voluntaria, pues recopilaba información respecto a conductas sexuales. La información concerniente a la confidencialidad y objetivos de los datos también se encontraba dentro de la Encuesta. La aplicación duraba 17 minutos, aproximadamente.

Habilidades de observación directa

Para la evaluación de las habilidades de observación directa se consideró únicamente a los alumnos de los dos grupos de tercer grado, ya que estos adolescentes eran aquellos que tenían mayor probabilidad de haber tenido relaciones sexuales y se podría evaluar tanto a participantes con y sin experiencia sexual. Del total de alumnos de tercer grado que entregaron ambos consentimientos informados firmados, se realizaron las grabaciones de un total de 39 alumnos, ya que la contingencia ocasionada por el virus Sars-Cov-2 impidió que se tuviera contacto con los alumnos faltantes.

Debido a que la evaluación de dichas habilidades se iba a audiograbar, se entregaron dos consentimientos informados: uno dirigido a los participantes (Anexo 5) y otro dirigido a los padres de familia (Anexo 6). Solo aquellos alumnos

que tuvieran firmados ambos consentimientos informados eran considerados para la evaluación.

Se solicitaba al profesor o profesora (previamente informados) que dos alumnos salieran de clase para hacer la evaluación. Uno de ellos se quedaba afuera del laboratorio en donde se grabó y el otro pasaba adentro. Antes de la evaluación, se le preguntaba el nombre del estudiante que pasaba, se le solicitaba su número de lista y se revisaba en ese momento que hubiera entregado los dos consentimientos informados. Se le asignaba un folio, que se escribía en un papel y se le ponía en un lugar visible por encima de la ropa a modo de gafete. Se le explicaba que no debía dar su nombre y que el folio iba a permitir el anonimato de la grabación, además de que solo las tres personas (observadores) iban a ver el video para registrar algunas cosas. Se le preguntaba si comprendía el proceso, si no lo podía describir, se le explicaba que se le iba a grabar colocando un condón y simulando una situación referente al condón que se le explicaría una vez que se fuera a llevar a cabo la grabación. Nuevamente se le preguntaba si estaba de acuerdo y si lo estaba, se procedía a dar las instrucciones.

Habilidad del uso correcto del condón (Robles et al., 2006): A los adolescentes evaluados se les facilitaba una mesa en donde estaban dispuestos, en forma separada, 20 paquetes de condones de diferentes marcas y colores, de los cuales, diez de ellos tenían una fecha de caducidad de uno o dos años posteriores al estudio (2021 y 2022) y otros diez de años anteriores, es decir, caducados. Se colocaba un pene de enseñanza, un bote de basura pequeño y unas tijeras.

Las instrucciones que se le dieron a los participantes fueron: “Frente a ti tienes un pene de enseñanza y varios condones. A continuación, te vamos a grabar y te voy a pedir que primero digas en voz alta tu número de folio, después, como si estuvieras en un programa de televisión, digas en voz alta cómo colocas normalmente un condón o cómo crees que se debe de colocar y de quitar. Cuando termines, dilo en voz alta. ¿Tienes dudas? Muy bien, por ejemplo, qué es lo primero qué harías y qué dirías” Si el participante tenía dudas, se resolvían; si decía el primer paso en voz alta, se le decía que estaba bien y se procedía a

grabar. En esta habilidad se grababa al participante de inicio a fin y se grababa la fecha de caducidad del empaque del condón que había utilizado con el fin de que quedara registro si era un condón adecuado o no.

Habilidades de comunicación sexual asertiva: Una vez terminada de grabar la habilidad del uso del condón, se les comentaba que ahora se grabarían dos simulaciones.

iniciar y mantener una conversación: Dos personas, previamente entrenadas, simulaban ser la pareja sexual del participante y entablar una conversación sobre sexualidad. Si el participante era hombre, se asignaba a una mujer y si el participante era mujer, un hombre.

Las instrucciones que se les daba eran: “Ahora lo que vamos a hacer es una simulación. Imagina que yo soy tu pareja y estamos en una fiesta platicando sobre diversos temas; tú quieres que hablemos sobre algunos temas que te interesan de sexualidad, ¿qué me dirías y cómo le harías para empezar a hablar conmigo sobre esos temas? ¿Tienes alguna duda?”

Negociación del uso del condón: Una vez grabada la habilidad de iniciar y mantener una conversación, se les mencionaba que ya solo faltaba una habilidad que sería un poco diferente.

Se les dieron las siguientes instrucciones: “Imagina que yo sigo siendo tu pareja y estamos en un lugar propicio para tener un encuentro sexual. Yo te voy a insinuar que quiero tener relaciones sexuales contigo, pero no estoy dispuesto/a a usar el condón y tú sí quieres utilizarlo, porque quieres cuidar de tu salud sexual; ¿qué me dirías y cómo le harías para convencerme de usarlo? ¿Tienes dudas?”.

Para el registro de las habilidades se contactó y entrenó a 3 observadores. Se les mostraba el Test Analógico y se les explicaba que debían escribir si se llevaba a cabo la conducta o no. Se hacían simulaciones o situaciones hipotéticas para evaluar que comprendieran los componentes verbales y no verbales. En cuanto al uso del condón, se les explicaban los ocho pasos que debían cumplirse y se les explicaba que, aun cuando el participante dijera en voz alta que revisaba la fecha de caducidad o dijera algún otro paso, debía llevarlo en la práctica o no se consideraría como una conducta emitida. Por ejemplo, en el caso de la fecha de

caducidad, si decían que la revisaban, pero en el video se mostraba que el condón estaba caducado, no se debía contemplar dicha conducta.

7.3.9 Análisis de resultados

El análisis de resultados se dividió en tres partes: análisis descriptivos de todas las variables en toda la muestra, análisis comparativos de todas las variables en función del sexo y análisis comparativos de todas las variables en función de la experiencia sexual. Para los análisis descriptivos, se estimaron las medidas de tendencia central como la media y la desviación estándar. En cuando a los análisis comparativos, se realizaron análisis mediante las pruebas *t* de Student para grupos independientes en el caso de los datos numéricos y de Chi cuadrada para los datos nominales. Para las correlaciones se realizaron correlaciones *r* de Pearson. Finalmente, para el análisis de variables predictoras, se realizaron regresiones lineales múltiples (Field, 2013).

7.3.10 Consideraciones éticas del estudio

En la reunión realizada con los directivos del plantel se les explicó el sustento teórico del proyecto, especificando la información que la Encuesta recopilaría, así como las grabaciones que se realizarían. Además, se les entregaron los consentimientos informados que se les entregarían a alumnos y padres/tutores.

Con respecto a los instrumentos, se les explicó de viva voz a los alumnos qué información iba a ser demandada, además de mencionarles que su participación era voluntaria y no tendría ningún tipo de consecuencia el que participaran o no. Se les solicitó que leyeran las consideraciones éticas escritas en la Encuesta y si tenían alguna duda, que la expresaran.

Para las grabaciones en la evaluación de las habilidades de observación directa, de viva voz se les explicó a los estudiantes el objetivo de las grabaciones y se les entregaron los consentimientos informados para que, tanto ellos como sus padres, los leyeran y firmaran si estaban de acuerdo en participar.

7.4 RESULTADOS

7.4.1 Descriptivos

En la Tabla 6 se observan las condiciones bajo las cuales tuvieron su debut sexual los participantes, así como el uso del condón, infecciones de transmisión sexual y embarazo. En cuanto al debut sexual, se observa que proporciones iguales de hombres y mujeres habían tenido su debut sexual al momento del estudio, aunque la diferencia de edad de debut sexual entre hombres y mujeres no fue estadísticamente significativa. También se observa que los alumnos del primer grado tuvieron relaciones sexuales a edades más tempranas en comparación sus compañeros de grados superiores. Es de señalar que cerca del 50% de los participantes no planearon su primera relación sexual, es decir, fue imprevista. En cuanto al uso del condón, cerca del 70% de los participantes reportaron haberlo utilizado tanto en su primera, como en su última relación sexual. Finalmente, se observa que se reportaron casos de embarazo y aborto.

Tabla 4

Condiciones de primera relación sexual, uso del condón, embarazo y aborto de los participantes con experiencia sexual

Características	n	%	Edad (DE)
	229	100	
Debut sexual	Sí 74	32.3	14.93 (1.357)
	No 155	67.7	
Sexo	Hombres 25	32.5	14.64 (1.469)
	Mujeres 49	32.7	15.08 (1.285)
Grado escolar	Primer grado 19	23.5	13.89 (1.323)
	Segundo grado 27	33.8	14.96 (1.285)
	Tercer grado 28	41.2	15.57 (1.034)
Persona	Novio (a) 59	79.7	
	Amigo (a) 12	16.2	
	Familiar 2	2.7	
	Persona desconocida 1	1.4	
Lugar	Hotel 4	5.4	
	Casa de novio (a) 36	48.6	
	Auto 0	0	
	Mi casa 19	25.7	
	Casa de amigo (a) 8	10.8	
	Ninguna de las anteriores 7	9.5	

Planeada	Sí	39	53.4
	No	34	46.6
Condón en primera relación sexual	Sí	54	74
	No	19	26
Condón en la última relación sexual	Sí	51	69.9
	No	22	30.1
Infección de transmisión sexual	Sí	1	1.4
	No	67	93.1
Embarazo	No sé	4	5.6
	Sí	4	5.6
	No	67	94.4
Aborto	Sí	3	75
	No	1	25

Si bien 74 participantes reportaron haber tenido relaciones sexuales en el momento del estudio, 52 (70%) de ellos reportaron haber tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses y solo 41 de ellos (78.8%) reportó haber utilizado condón.

En la Tabla 7 se reportan las medias del número de parejas sexuales, número de relaciones sexuales en toda la vida y en los últimos tres meses, así como el número de veces que se usó el condón en dichos periodos; también se muestra el promedio de la consistencia en el uso del condón (proporción de relaciones sexuales protegidas) en toda la vida y en los últimos tres meses. Se observa que el número de relaciones sexuales fue mayor al número de veces que los participantes reportaron haber usado el condón, tanto en toda la vida como en los últimos tres meses.

Tabla 5

Promedio de parejas sexuales, uso del condón durante toda la vida y en los últimos tres meses

Variable	Media (DE)
Número de parejas sexuales	2.59 (2.223)
Número de relaciones sexuales durante toda la vida	15.36 (25.085)
Uso del condón durante toda la vida	9.47 (18.571)
Índice de consistencia del uso del condón durante toda la vida	70% (34.502)
Número de relaciones sexuales en los últimos tres meses	4.24 (4.594)
Uso del condón en los últimos tres meses	3.16 (4.077)
Índice de consistencia del uso del condón en los últimos tres meses	88.93% (28.921)

Con el fin de conocer mejor el comportamiento sexual de los participantes, se realizó un análisis de frecuencias. En el caso del número de parejas sexuales, el 82.9% tuvieron hasta 3 parejas sexuales; el 75.7% registró que había tenido hasta 15 relaciones sexuales y el 75.7% reportó haber utilizado el condón hasta en 8 ocasiones.

Se calculó el índice de consistencia del uso del condón durante toda la vida por participante (número de veces que utilizaron el condón con respecto al total de relaciones sexuales que habían tenido durante toda su vida) y se encontró que el 52.2% de los participantes reportó utilizarlo un máximo del 75% de las ocasiones en promedio y 30 participantes (43.5%) reportaron haberlo utilizado el 100% de las ocasiones.

Al analizarse el índice de frecuencia del uso del condón mediante la frecuencia promedio de relaciones sexuales y la frecuencia promedio de uso del condón en los últimos tres meses, se obtuvo que el 13.5% de los participantes lo utilizaron el 43% de las ocasiones y 32 participantes (86.5%) reportaron haberlo utilizarlo el 100% de las ocasiones.

Considerando que el análisis de las variables estaba enfocado a evaluar el nivel de habilidad e información que los participantes tuvieran, para así poder diseñar un programa que considerara los déficits encontrados, en algunas escalas se determinaron *valores criterio*. Estos valores indicaban si la habilidad evaluada requería de un énfasis en la intervención o no. Es decir, se interpretaba como un factor que merecería mayor importancia dentro de las habilidades a entrenar si es que los participantes reportaban un desempeño bajo en el nivel de información de métodos anticonceptivos o condón, si incurrían frecuentemente en actividades consideradas como riesgosas o si tenían un nivel de desempeño bajo en las habilidades evaluadas. Por ejemplo, si el nivel de conocimientos de métodos anticonceptivos se encontraba por encima del *valor criterio* de 80%, se consideraba que esa habilidad debía ser considerada en el programa, pero no así con tanta relevancia como alguna otra habilidad en el que el promedio de los participantes no superara este *valor criterio*.

En la *prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos* se estableció un *valor criterio* del 80%, ya que se consideraba relevante que los adolescentes conocieran sobre la oferta de métodos anticonceptivos para así elegir y utilizar correctamente aquel que consideraran ideal para ellos. El promedio de respuestas correctas obtenido por los participantes en toda la prueba fue de 45% ($DE = 15.159$), por lo que no se cumplió dicho criterio, es decir, el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos es considerado como bajo.

En cuanto al porcentaje de respuestas correctas por categoría, en la categoría que corresponde a *características* (15 ítems) el promedio de respuestas correctas fue de 48%, 48% en la categoría de *uso* (10 ítems) y 33% en la categoría de *eficacia, ventajas y desventajas* (6 ítems).

En la Tabla 8 se muestra la proporción de participantes que contestó correctamente a cada uno de los ítems de la *Prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos*. Se puede observar que las respuestas en las que una mayor proporción de participantes eligió la respuesta correcta fueron aquellas sobre el coito interrumpido, métodos naturales y el tiempo recomendable para tomar la PAE.

Tabla 6

Porcentaje de participantes que respondió correctamente a cada reactivo de la prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos

Ítem		Porcentaje de participantes que respondieron correctamente
1. ¿Cuál es el método de “coito interrumpido”?	Retirar el pene de la vagina antes de eyacular	85.2
2. ¿Cuántas horas antes de una relación sexual puede colocarse un condón femenino?	8 horas	17
3. ¿Cuál es una de las desventajas del uso de pastillas anticonceptivas o anticonceptivos orales?	Náuseas	45.9
4. ¿Cuál es un ejemplo de doble protección?	Utilizar pastillas anticonceptivas y condón	60.7
5. ¿Qué es un diafragma anticonceptivo?	Un capuchón flexible que cubre el cuello uterino	24.5
6. Para que los métodos anticonceptivos naturales sean eficaces se debe de...	Conocer los días fértiles de la mujer	70.3
7. ¿De qué depende que los métodos	De que la mujer identifique	73.8

anticonceptivos naturales sean eficaces?	los días fértiles e infértiles del ciclo menstrual	
8. ¿Cuándo deben tomarse las pastillas anticonceptivas?	Una pastilla por día, todos los días	27.1
9. ¿Qué son los espermicidas?	Barreras químicas que inmovilizan o destruyen a los espermatozoides	57.2
10. ¿Cuál es una desventaja de los métodos anticonceptivos naturales?	No protege contra las infecciones de transmisión sexual	62.4
11. ¿Cuáles son algunos signos y síntomas de los días fértiles?	La temperatura basal de la mujer aumenta levemente y hay moco cervical transparente.	45.9
12. ¿Qué se requiere para que el método de amenorrea de la lactancia sea efectivo?	Que la mujer esté amamantando y su hijo no sea mayor a 6 meses	5.7
13. ¿De qué manera funcionan la mayoría de los métodos anticonceptivos hormonales?	Evitando la ovulación	61.1
14. ¿De qué están hechas las pastillas anticonceptivas de emergencia?	Hormonas levonorgestrel y etinil estradiol en mayor cantidad	51.1
15. ¿Cuál es un ejemplo de método anticonceptivo hormonal?	Parche anticonceptivo	57.2
16. ¿En dónde no se puede colocar el parche anticonceptivo?	En el pecho	44.5
17. ¿Por qué la esterilización masculina y femenina son considerados métodos anticonceptivos de barrera?	Impiden la entrada de los espermatozoides en el útero	41
18. El tiempo recomendable para tomarse la pastilla anticonceptiva de emergencia es dentro de las primeras...	72 horas	81.2
19. ¿Cuál es el implante subdérmico?	Una pequeña varilla flexible que se coloca debajo de la piel y tiene hormonas	32.3
20. ¿En qué consisten los métodos anticonceptivos de barrera?	Métodos que impiden el paso del esperma	67.2
21. ¿Cuáles son los días fértiles del ciclo menstrual?	Los días intermedios del ciclo menstrual (del 8 al 19)	34.9
22. ¿Cuáles son las hormonas que se utilizan en los métodos anticonceptivos hormonales?	Estrógeno y progestina	10.9
23. Un implante subdérmico puede durar...	Años	30.1
24. ¿De qué depende la eficacia de una pastilla anticonceptiva de emergencia?	Tomarla lo más pronto posible después de tener relaciones sexuales sin protección	65.1
25. ¿Cuál es un posible efecto del uso del espermicida?	Irritación	19.7
26. Las personas alérgicas al látex...	Pueden utilizar uno libre de látex	61.6
27. ¿Cuál es un método anticonceptivo de barrera?	Condón femenino	36.2
28. ¿Cuál es una de las desventajas de algunos métodos anticonceptivos hormonales?	Aumento de peso	41.5
29. Una ventaja de algunos métodos anticonceptivos hormonales es...	Puede prevenir la formación de quistes en el ovario	16.2

30. ¿Cuál es la manera en que funcionan las pastillas anticonceptivas de emergencia?	Previendo la fertilización o implantación	66.4
31. ¿Qué tan eficaces son las pastillas anticonceptivas?	Más de 90%	16.2

En la Tabla 9 se muestra la proporción de participantes que respondieron “no sé” a cada uno de los reactivos de la *prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos*. Al observarse cuatro ítems en que las proporciones de respuestas “no sé” fueron mayores al 60%, es evidente que un porcentaje alto de los participantes desconocía información sobre el condón femenino, el diafragma, la amenorrea de la lactancia, los espermicidas y desconocían cuál era el implante subdérmico.

Tabla 7

Porcentaje de participantes que respondió “no sé” a cada reactivo de la prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos

Ítem		Porcentaje de participantes que respondieron “no sé”
1. ¿Cuál es el método de “coito interrumpido”?	Retirar el pene de la vagina antes de eyacular	12.8
2. ¿Cuántas horas antes de una relación sexual puede colocarse un condón femenino?	8 horas	73.6
3. ¿Cuál es una de las desventajas del uso de pastillas anticonceptivas o anticonceptivos orales?	Náuseas	48.9
4. ¿Cuál es un ejemplo de doble protección?	Utilizar pastillas anticonceptivas y condón	7.5
5. ¿Qué es un diafragma anticonceptivo?	Un capuchón flexible que cubre el cuello uterino	63.3
6. Para que los métodos anticonceptivos naturales sean eficaces se debe de...	Conocer los días fértiles de la mujer	20.2
7. ¿De qué depende que los métodos anticonceptivos naturales sean eficaces?	De que la mujer identifique los días fértiles e infértiles del ciclo menstrual	21
8. ¿Cuándo deben tomarse las pastillas anticonceptivas?	Una pastilla por día, todos los días	18.9
9. ¿Qué son los espermicidas?	Barreras químicas que inmovilizan o destruyen a los espermatozoides	34.6
10. ¿Cuál es una desventaja de los métodos anticonceptivos naturales?	No protege contra las infecciones de transmisión sexual	13.6
11. ¿Cuáles son algunos signos y síntomas de los días fértiles?	La temperatura basal de la mujer aumenta levemente y	41

12. ¿Qué se requiere para que el método de amenorrea de la lactancia sea efectivo?	hay moco cervical transparente. Que la mujer esté amamantando y su hijo no sea mayor a 6 meses	87.8
13. ¿De qué manera funcionan la mayoría de los métodos anticonceptivos hormonales?	Evitando la ovulación	31
14. ¿De qué están hechas las pastillas anticonceptivas de emergencia?	Hormonas levonorgestrel y etinil estradiol en mayor cantidad	45.4
15. ¿Cuál es un ejemplo de método anticonceptivo hormonal?	Parche anticonceptivo	23.7
16. ¿En dónde no se puede colocar el parche anticonceptivo?	En el pecho	33
17. ¿Por qué la esterilización masculina y femenina son considerados métodos anticonceptivos de barrera?	Impiden la entrada de los espermatozoides en el útero	23.6
18. El tiempo recomendable para tomarse la pastilla anticonceptiva de emergencia es dentro de las primeras...	72 horas	11
19. ¿Cuál es el implante subdérmico?	Una pequeña varilla flexible que se coloca debajo de la piel y tiene hormonas	63.3
20. ¿En qué consisten los métodos anticonceptivos de barrera?	Métodos que impiden el paso del esperma	21
21. ¿Cuáles son los días fértiles del ciclo menstrual?	Los días intermedios del ciclo menstrual (del 8 al 19)	36.2
22. ¿Cuáles son las hormonas que se utilizan en los métodos anticonceptivos hormonales?	Estrógeno y progestina	61.6
23. Un implante subdérmico puede durar...	Años	54
24. ¿De qué depende la eficacia de una pastilla anticonceptiva de emergencia?	Tomarla lo más pronto posible después de tener relaciones sexuales sin protección	17.5
25. ¿Cuál es un posible efecto del uso del espermicida?	Irritación	70
26. Las personas alérgicas al látex...	Pueden utilizar uno libre de látex	14.2
27. ¿Cuál es un método anticonceptivo de barrera?	Condón femenino	51.5
28. ¿Cuál es una de las desventajas de algunos métodos anticonceptivos hormonales?	Aumento de peso	49.8
29. Una ventaja de algunos métodos anticonceptivos hormonales es...	Puede prevenir la formación de quistes en el ovario	67.7
30. ¿Cuál es la manera en que funcionan las pastillas anticonceptivas de emergencia?	Previniendo la fertilización o implantación	20.5
31. ¿Qué tan eficaces son las pastillas anticonceptivas?	Más de 90%	17.2

En la *prueba de conocimientos sobre el uso del preservativo* se estableció un criterio del 80% para considerarse relevante en el contenido del taller. El promedio de respuestas correctas fue de 41.59% ($DE = 19.876$), lo que significa

que el nivel de conocimientos se encuentra por debajo del 80%. En la Tabla 10 se muestra el porcentaje de participantes que respondieron correctamente a cada reactivo de esta prueba y se observa que una gran proporción de participantes no respondieron correctamente a los reactivos que demandaban información sobre los lubricantes, que se debe dejar un espacio sin aire en la punta del condón y que no se deben utilizar simultáneamente los condones masculinos y femeninos.

Tabla 8

Porcentaje de participantes que respondieron correctamente a cada reactivo de la prueba de conocimientos sobre el uso del preservativo

Reactivo	Respuesta correcta	n	Frecuencia (%)
1. Cuando se coloca un preservativo en el pene, es importante que ajuste perfectamente, no dejando espacio en su punta.	Falso	229	51 (22.3)
2. Los lubricantes a base de aceite solo pueden usarse con los preservativos de látex.	Falso	229	80 (34.9)
3. Un preservativo cuya fecha de caducidad vence en un año puede utilizarse sin riesgo de que se rompa.	Falso	229	137 (59.8)
4. Si se baja el preservativo con los dedos antes de abrir el paquete o envoltura es menos probable que se dañe.	Cierto	229	121 (52.8)
5. Dejar un espacio sin aire en la punta del preservativo cuando éste se coloca en el pene hace más probable que se deslice en un acto sexual.	Falso	229	74 (32.3)
6. Al tener una relación sexual con penetración vaginal se pueden usar simultáneamente los preservativos masculino y femenino.	Falso	227	77 (33.6)
7. Las fechas de fabricación o caducidad de un preservativo son indicadores de su calidad.	Cierto	228	96 (41.9)
8. Exponer los preservativos al calor, traerlos en la bolsa del pantalón o en la cartera, no daña su calidad.	Falso	228	126 (55)

Respecto a la escala de *autocontrol* (conformada por dos factores), mayor puntaje significaba “no me describe” y un menor puntaje “totalmente me describe”. El promedio de *conductas irreflexivas* fue de 27.45 ($DE = 6.284$) y el promedio de *conductas dirigidas hacia una meta* fue de 19.83 ($DE = 5.680$). Los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 11. Se consideró como 3 el *valor criterio* (ya que era la media teórica) para considerar su relevancia en el programa de intervención. En el caso de las *conductas irreflexivas*, se consideraría aquellas por debajo de este valor y por encima de este valor en el caso de las *conductas*

dirigidas hacia una meta como aquellas a considerar, pues involucrarían un riesgo. Se observa que de los ítems que señalan *conductas de irreflexivas*, aquellos por encima del *valor criterio* son el no pensar antes de actuar y el tener dificultades para concentrarse, mientras que, en las *conductas dirigidas hacia una meta*, solo el reactivo correspondiente a mantener un horario para las actividades superó esta media teórica.

Tabla 9

Puntaje promedio obtenido por todos los participantes en cada uno de los reactivos de la escala de autocontrol

	Reactivo	n	M	DE
Conductas irreflexivas	1. Realizo actividades que me pueden hacer daño si las considero divertidas	229	3.61	1.329
	2. La gente me describe como una persona impulsiva	229	3.63	1.245
	3. Actúo conforme se presentan las circunstancias, sin detenerme a pensar	228	3.47	1.225
	4. Me iría mejor si pensara antes de actuar	226	2.30	1.466
	5. Tengo dificultad para concentrarme	229	2.97	1.256
	6. No puedo dejar de hacer cosas, aun cuando sé que están mal	229	3.71	1.241
	7. Actúo sin pensar en todas las alternativas	228	3.86	1.083
	8. Interrumpo a la gente	228	3.82	1.132
Conductas dirigidas hacia una meta	9. Mantengo un horario o un plan para mis actividades	228	3.16	1.370
	10. Rechazo las cosas que son malas para mi persona	229	2.58	1.398
	11. Soy capaz de trabajar eficazmente con metas a largo plazo	229	2.12	1.101
	12. Soy capaz de resistir la tentación	228	2.46	1.292
	13. Las personas dicen que soy muy persistente	226	2.92	1.332
	14. Participo en actividades que promueven mi salud	229	2.72	1.214
	15. Soy confiable	228	1.54	.931
	16. Soy puntual	229	2.35	1.243

Nota: *n* = participantes; *M* = media; *DE* = desviación estándar

Con respecto a la *escala para evaluar competencia sexual preventiva*, ésta fue resuelta únicamente por los participantes que hubieran declarado haber tenido relaciones sexuales anteriormente. En esta escala el *valor criterio* fue de 2 puntos, considerándose necesario enfatizar el contenido si los promedios se encontraban por encima de este criterio, ya que representaría ser un factor importante para usar el condón y lo deseable es que los factores no tengan relevancia para usarlo, es decir, que el participante utilice condón sin importar los factores involucrados.

En la escala total, se entendía que, a mayor puntuación, menor nivel de competencia. En general, los participantes obtuvieron un promedio de 19.86 puntos ($DE = 11.186$) en toda la escala.

Los resultados de esta escala se muestran en la Tabla 12. Se observa que el grado de excitación, el que la pareja estable espere que se use el condón, el haberlo hecho con la pareja estable y el lugar fueron los factores que sobrepasaron este valor y que se consideran relevantes para el diseño del programa, es decir, establecer estrategias para que los adolescentes sean capaces de utilizar el condón aún si su pareja no es estable, si se encuentran sumamente excitados y sin importar el lugar.

Tabla 10

Puntaje promedio obtenido por todos los participantes en cada reactivo de la escala para evaluar competencia sexual preventiva

Factor	Reactivo	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Disposicionales del individuo y del ambiente	1. El momento (música, clima, la relación que se estaba dando)	68	1.84	1.512
	2. El hecho de haber bebido alcohol o ingerido alguna droga	68	1.21	1.617
	3. Que hayas estado alterado emocionalmente (enojado, deprimido, eufórico, nervioso, etc.)	66	1.32	1.531
	4. Que no hubieras tenido relaciones sexuales durante algún tiempo:	67	1.61	1.527
	5. Tu grado de excitación	67	2.61	1.497
Disposicionales sociales	6. El haberlo hecho con una pareja ocasional o eventual	67	1.69	1.635
	7. Que tu pareja estable espere que lo uses	67	2.24	1.733

8. Que alguna pareja ocasional espera que lo uses	66	1.15	1.591
9. El haberlo hecho con tu pareja estable	67	2.70	1.528
10. El lugar	66	2.17	1.632
11. Que tus amigos esperen que lo uses	67	1.18	1.595

Nota: n = participantes; M = media; DE = desviación estándar

Para determinar si un participante era o no competente, se registraba si se encontraba por debajo de la media teórica de cada uno de los factores. En el caso del factor *disposicionales del individuo* la media teórica era de 10.5 y se consideró el puntaje del 1 al 10 como competentes y del 11 al 20 como incompetentes (ya que el puntaje mínimo para ser considerado fue 1 y el máximo 20) y de *disposicionales sociales* de 12.5 y se consideró el puntaje del 1 al 13 (ya que el puntaje mínimo para ser considerado fue 1 y el máximo 24). El porcentaje de participantes que se consideraron competentes en los factores disposicionales, es decir, tuvieron puntajes por debajo de la media teórica, se describe en la Tabla 13.

Tabla 11

Porcentaje de participantes competentes en cada uno de los factores disposicionales de la escala de competencia sexual preventiva

Factor	n	No han vivido ninguna situación semejante	n competentes (%)	M	DE
Disposicionales del individuo y del ambiente	60	6	34 (55.7)	8.52	5.169
Disposicionales sociales	57	8	29 (50.9)	11.22	7.039

Nota: n = participantes; M = media; DE = desviación estándar

Los resultados indican que solo la mitad de los participantes son competentes para utilizar el condón sin importar los factores disposicionales del individuo y el ambiente, así como los sociales. Dicho de otro modo, si algunos factores cambian o se configuran de una forma específica, esto desencadenará en que el participante no utilice el condón. Empero, se debe considerar que, aunque estos valores se encuentren por encima de la media teórica, los factores pueden

tener cierto control sobre la conducta de usar el condón, ya que lo ideal sería que ningún factor tuviera relevancia alguna para utilizarlo.

En lo que respecta a la frecuencia de *uso correcto del preservativo en el acto sexual*, es importante recordar que los puntajes de los primeros cuatro reactivos fueron invertidos, es decir, el valor de 0 se convirtió en 4, el 1 en 3, el 2 permaneció como 2, el 3 en 1 y el 4 en 0. De esta forma, la suma de todos los reactivos indica que, a mayor valor, mejor uso correcto del condón durante el acto sexual. Esta medida permitió observar que el promedio fue de 20.31 ($DE = 4.117$) de un máximo de 28, lo que indica que utilizaron correctamente el condón durante sus relaciones sexuales.

La Tabla 14 describe los resultados del puntaje promedio que obtuvieron todos los participantes en cada reactivo. El *valor criterio* en este instrumento fue un valor de 2, ya que era la media teórica. En este caso, todos los valores que se encontraran por debajo de este valor serían considerados como elementos relevantes para el programa de intervención, ya que revelaría que no realizan los pasos correctos con respecto al uso del condón en sus encuentros sexuales. Como se observa, solo el retirar el preservativo cuando hay erección fue la única que se encontró por arriba de este valor, lo que significa que la mayoría de los participantes retiran el preservativo cuando el pene ya no está erecto.

Tabla 12

Puntaje promedio de todos los participantes en cada reactivo del uso correcto del preservativo en el acto sexual

Reactivo	<i>n</i>	Nunca lo han hecho (%)	<i>M</i>	<i>DE</i>
1. Mi pareja o yo hemos colocado el preservativo del lado incorrecto y después lo volteamos para ponerlo del lado correcto.	67	56 (83.6)	3.66	.880
2. Mi pareja o yo hemos colocado el preservativo en el pene después de haber iniciado la penetración.	67	45 (67.2)	3.30	1.155
3. Mi pareja o yo hemos usado lubricantes a base de aceites para tener una mejor relación sexual.	67	49 (73.1)	3.48	1.005
4. Mi pareja o yo hemos tratado de colocar el preservativo cuando el pene aún no está erecto.	67	56 (83.6)	3.64	.965
5. Antes de tener la relación sexual con penetración, mi	67	12 (17.9)	2.72	1.545

pareja o yo revisamos que la fecha de caducidad del preservativo sea la adecuada para poder usarlo.

6. Mi pareja o yo hemos retirado el preservativo del pene cuando todavía hay erección. 67 28 (41.8) 1.40 1.447

7. Mi pareja o yo buscamos que al colocar el preservativo en el pene quede un espacio sin aire en la punta del preservativo. 67 21 (31.3) 2.12 1.701

Nota: n = participantes; M = media; DE = desviación estándar

Para las habilidades evaluadas a través de la observación directa, se registró a un total de 39 participantes. Lo anterior, debido a la emergencia sanitaria ocasionada por la COVID-19, la cual ocasionó que los planteles públicos y privados cerraran sus instalaciones y prohibieran que los alumnos acudieran al plantel y se evaluara al total de los participantes del tercer grado.

En el caso de la *habilidad del uso correcto del condón*, en promedio los participantes ejecutaron un 22.12% de los pasos ($DE = 12.972$), un desempeño mínimo. El porcentaje de participantes que ejecutaron correctamente cada paso se muestra en la Tabla 15. En esta habilidad el *valor criterio* fue de 80%, ya que, en esta habilidad, se debe de tener una ejecución del 100% de manera ideal para que el condón sea eficaz, es decir, que cada uno de los pasos se lleve a cabo correctamente para evitar alguna ruptura. Como se observa, solo se llevó a cabo, en más del 80%, abrir el paquete sin usar uñas o dientes. Sin embargo, en el resto de los pasos el desempeño fue mínimo.

Tabla 13

Frecuencia y porcentaje de participantes que ejecutaron correctamente cada paso de la habilidad para el uso correcto del condón

Paso	Frecuencia	%
1. Revisar la fecha de caducidad.	12	30.8
2. Revisar burbujas de aire en el paquete del preservativo.	3	7.7
3. Bajar el preservativo hasta el fondo de la envoltura antes de abrir el paquete.	6	15.4
4. Abrir el paquete del preservativo por las muescas o la hendidura sin usar las uñas o dientes.	32	82.1
5. Colocar del lado correcto el preservativo y apretar el receptáculo del semen.	14	35.9
6. Girar dos vueltas la punta del preservativo evitando burbujas de aire y desenrollarlo hasta la base del pene.	1	2.6
7. Simular llevar el semen hacia la punta del receptáculo del preservativo.	0	0

Respecto las habilidades de comunicación sexual asertiva, se consideró como *valor criterio* un 50%. Para la evaluación de cada habilidad, cada participante obtenía un porcentaje por cada componente que realizaba y la suma de estos componentes resultaba en un 100%, la cual representaba qué tan hábil era cada adolescente para hablar de sexualidad y para negociar el condón. Los participantes obtuvieron un promedio de 58.97% ($DE = 18.276$) en la *habilidad de iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad*, mientras que en la *negociación del uso del condón* obtuvieron un 40.90% ($DE = 19.797$) en promedio. Esto se interpreta como el que los participantes son mas habilidosos para hablar de sexualidad que negociar el uso del condón.

7.4.2 Comparativos

Comparaciones en función del sexo

No se observaron diferencias significativas en haber utilizado el condón en la primera relación entre hombres ($M = 79.2\%$) y mujeres (71.4%), pero sí en la última relación, al haber encontrado que el 92% de los hombres lo utilizó, mientras que solo el 58.3% de las mujeres mencionó haberlo utilizado ($\chi^2 (1) = 8.849$; $p = .003$). En la Tabla 16 se describen las diferencias entre hombres y mujeres en diferentes indicadores de su comportamiento sexual. Como se observa, los hombres utilizaron con mayor frecuencia el condón a lo largo de toda la vida en comparación con las mujeres. Sin embargo, ambos sexos se comportaron de manera similar en cuanto al número de parejas sexuales, frecuencia de relaciones sexuales y frecuencia del uso del condón en los últimos tres meses.

Tabla 14

Comparación entre hombres y mujeres en distintos indicadores de su comportamiento sexual

Variable	Hombres	Mujeres	t	p
Número de parejas sexuales	3.43	2.17	1.863	.073
Número de relaciones sexuales durante toda la vida	16.54	14.74	.283	.778
Uso del condón durante toda la vida	13.42	7.41	1.035	.309
Índice de consistencia del uso del condón durante toda la vida	82.21%	63.62%	2.444	.017
Número de relaciones sexuales en los últimos tres meses	3.93	4.38	-.312	.756
Uso del condón en los últimos tres meses	3.79	2.79	.720	.476
Índice de consistencia del uso del condón en los últimos tres meses	94.23%	86.06%	.817	.419

Al realizar un análisis de frecuencias, se encontró que, respecto al número de parejas sexuales en el caso de los hombres, el 87% reportó haber tenido hasta 5 parejas sexuales y, en el caso de las mujeres, el 87.2% reportó haber tenido hasta 3.

Sobre el número de relaciones sexuales durante toda su vida, se encontró, que, en promedio, el 83.3% de los hombres había tenido hasta 12 relaciones sexuales y el 82.6% de las mujeres hasta 25.

Con respecto al uso del condón durante toda la vida el 54.2% de los hombres reportó haberlo utilizado hasta 6 veces y 50% de las mujeres en 3 ocasiones.

Considerando el índice de consistencia del uso del condón durante toda la vida por participante se encontró que el 45.8% de los hombres reportó utilizarlo un máximo del 93% de las ocasiones en promedio y 13 participantes (16.9%) reportaron haberlo utilizado el 100% de las ocasiones. En el caso de las mujeres, el 48.9% lo utilizó hasta un 67% de las ocasiones en que tuvieron relaciones sexuales y solo 17 (11.3%) reportaron haberlo utilizado el 100% de las ocasiones.

Por otro lado, 52 (70.3%) participantes reportaron haber tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses y solo 41 de ellos (78.8%) reportó haber utilizado condón. De estos participantes que reportaron haber tenido relaciones sexuales en ese periodo, el 53.1% reportó haber tenido entre 1 y 2 relaciones sexuales y el 65.8% reportó usar el condón entre 1 y 2 ocasiones. Este análisis de

frecuencias, pero por sexo, reveló que el 68% de los hombres con experiencia sexual tuvieron sexo en los tres meses anteriores, el 53.3% de ellos tuvieron hasta 2 relaciones y el 64.3% usaron hasta en 2 ocasiones el condón. En el caso de las mujeres el 71.4% refirieron haber tenido relaciones sexuales en ese mismo periodo, 52.9% de ellas reportaron haber tenido hasta 2 relaciones sexuales y el 45.8% haber utilizado el condón hasta en dos ocasiones.

Al analizarse el índice de frecuencia del uso del condón mediante la frecuencia promedio de relaciones sexuales y la frecuencia promedio de uso del condón en los últimos tres meses, se obtuvo que 32 participantes (86%) (el 92% de los hombres y el 83.3% de las mujeres) reportaron haberlo utilizarlo el 100% de las ocasiones.

Con respecto a la *Prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos* se encontraron diferencias significativas en el promedio de porcentaje de respuestas correctas totales entre mujeres (47.85%; $DE = 13.503$) y hombres (41.60%; $DE = 47.85$) ($t(127) = -2.819$; $p = .006$). Las diferencias en cada ítem se describen en la Tabla 17, en la cual se observa que en 9 de los 31 ítems fue mayor el porcentaje de las mujeres que los respondieron correctamente, indicando que ellas sabían más que los hombres sobre el funcionamiento de los métodos naturales y días fértiles, además, conocían un poco más sobre el método de amenorrea de la lactancia y la eficacia de la pastilla anticonceptiva de emergencia.

Tabla 15

Comparaciones de porcentajes de hombres y mujeres que respondieron correctamente a cada reactivo de la prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos

Ítem	Hombres (n = 77)	Mujeres (n = 150)	X ²	p
1. ¿Cuál es el método de “coito interrumpido”?	83.1%	87.3%	.747	.423
2. ¿Cuántas horas antes de una relación sexual puede colocarse un condón femenino?	13%	19.3%	1.440	.268
3. ¿Cuál es una de las desventajas del uso de pastillas anticonceptivas o anticonceptivos orales?	44.2%	47.3%	.207	.675
4. ¿Cuál es un ejemplo de doble protección?	57.1%	62.7%	.651	.473
5. ¿Qué es un diafragma anticonceptivo?	27.3%	23.3%	.425	.520

6. Para que los métodos anticonceptivos naturales sean eficaces se debe de...	63.3%	74%	2.627	.125
7. ¿De qué depende que los métodos anticonceptivos naturales sean eficaces?	64.9%	78.7%	4.988	.037
8. ¿Cuándo deben tomarse las pastillas anticonceptivas?	19.5%	31.3%	3.601	.061
9. ¿Qué son los espermicidas?	66.2%	53.3%	3.470	.067
10. ¿Cuál es una desventaja de los métodos anticonceptivos naturales?	51.9%	68.7%	6.101	.014
11. ¿Cuáles son algunos signos y síntomas de los días fértiles?	29.9%	54.7%	12.585	<.001
12. ¿Qué se requiere para que el método de amenorrea de la lactancia sea efectivo?	0%	8.7%	7.079	.012
13. ¿De qué manera funcionan la mayoría de los métodos anticonceptivos hormonales?	63.6%	60%	.283	.667
14. ¿De qué están hechas las pastillas anticonceptivas de emergencia?	46.8%	54%	1.070	.328
15. ¿Cuál es un ejemplo de método anticonceptivo hormonal?	59.7%	56.7%	.197	.673
16. ¿En dónde no se puede colocar el parche anticonceptivo?	45.5%	44.7%	.013	1.000
17. ¿Por qué la esterilización masculina y femenina son considerados métodos anticonceptivos de barrera?	28.6%	46.7%	6.912	.010
18. El tiempo recomendable para tomarse la pastilla anticonceptiva de emergencia es dentro de las primeras...	81.8%	80.7%	.044	.860
19. ¿Cuál es el implante subdérmico?	32.5%	32.7%	.001	1.000
20. ¿En qué consisten los métodos anticonceptivos de barrera?	61%	71.3%	2.472	.134
21. ¿Cuáles son los días fértiles del ciclo menstrual?	19.5%	43.3%	12.685	.000
22. ¿Cuáles son las hormonas que se utilizan en los métodos anticonceptivos hormonales?	13%	10%	.463	.508
23. Un implante subdérmico puede durar...	32.5%	29.3%	.236	.650
24. ¿De qué depende la eficacia de una pastilla anticonceptiva de emergencia?	51.9%	72%	9.016	.003
25. ¿Cuál es un posible efecto del uso del espermicida?	19.5%	20%	.009	1.000
26. Las personas alérgicas al látex...	59.7%	62.7%	.184	.773
27. ¿Cuál es un método anticonceptivo de barrera?	35.1%	37.3%	.113	.773
28. ¿Cuál es una de las desventajas de algunos métodos anticonceptivos	27.3%	49.3%	10.175	.002

hormonales?				
29. Una ventaja de algunos métodos anticonceptivos hormonales es...	14.3%	17.3%	.346	.578
30. ¿Cuál es la manera en que funcionan las pastillas anticonceptivas de emergencia?	58.4%	71.3%	3.822	.054
31. ¿Qué tan eficaces son las pastillas anticonceptivas?	18.2%	14.7%	.471	.565

Diferencias estadísticamente significativas entre el porcentaje entre hombres y mujeres que respondieron correctamente a los ítems se registraron en dos categorías, como se describe en la Tabla 18. Se observa que las mujeres reportaron un nivel de conocimiento más alto que los hombres, es decir, conocen más sobre el uso, eficacia y efectos de los métodos anticonceptivos.

Tabla 16

Comparación de porcentaje de respuestas correctas de hombres y mujeres en cada categoría de la prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos

	Hombres	Mujeres	t	p
Características	46.32%	50.04%	-1.447	.149
Uso	41.95%	51.53%	-3.813	.000
Eficacia, ventajas y desventajas	29.22%	36.22%	-2.383	.018

Con respecto a la *prueba de conocimientos sobre el uso del preservativo*, los hombres obtuvieron un promedio de 42.69% ($DE = 20.912$) de respuestas correctas en la prueba, mientras que las mujeres obtuvieron un 41.33% ($DE = 19.210$) sin que estas diferencias fueran estadísticamente significativas. Tampoco se encontraron diferencias significativas en los ocho reactivos que conforman la prueba, señalando que proporciones similares de hombres y mujeres conocían la información correspondiente al condón.

En la escala de autocontrol, en el factor de *conductas irreflexivas*, las mujeres tuvieron un promedio de 27.89 puntos ($DE = 6.045$) y los hombres de

26.73 (DE = 6.504), aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. En el reactivo “realizo actividades que me pueden hacer daño si las considero divertidas, las mujeres obtuvieron un promedio de 3.83 puntos y los hombres 3.14, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($t(142.168) = -3.713$; $p = .000$). En el reactivo “no puedo dejar de hacer cosas, aun cuando sé que están mal” las mujeres obtuvieron un puntaje promedio de 3.85 y los hombres de 3.47, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($t(140.097) = -2.144$; $p = .034$). Esto significa que los hombres realizan con mayor frecuencia estas dos últimas conductas en comparación con las mujeres.

En el factor de *conductas dirigidas hacia una meta*, las mujeres obtuvieron un promedio de 20.22 (DE = 5.662) y los hombres un promedio de 19.20 (DE = 5.695), sin que estas diferencias fueran estadísticamente significativas. En este factor no se encontraron diferencias en función del sexo en ninguno de los reactivos.

Con respecto a la *escala de competencia sexual preventiva*, aunque los hombres obtuvieron un promedio mayor en el factor de *disposicionales del individuo y del ambiente* (10; DE = 4.099) en comparación con las mujeres (M = 7.82; DE = 5.503), así como en el *factor de disposicionales sociales* con un promedio de 11.90 (DE = 6.999) en comparación con las mujeres (M = 10.89; DE = 7.114), ninguna de estas diferencias fue estadísticamente significativas. El único factor en el que los hombres reportaron que era importante para usar el condón con mayor frecuencia que las mujeres fue el de haber bebido alcohol o haber ingerido alguna droga, ya que los hombres tuvieron un puntaje promedio de 1.86 y las mujeres de .91 ($t(31.652) = 2.093$; $p = .044$). Como el valor es mayor en el caso de los hombres, esto se interpreta que, si los hombres ingieren alcohol o alguna droga son menos competentes, es decir, es menos probable que utilicen en condón.

Cabe señalar que el factor más relevante que regulaba el que los hombres usaran el condón (el de mayor puntuación) fue el grado de excitación (puntaje promedio de 2.71), mientras que el menos relevante (el de menor puntuación) fue el que sus amigos esperaran que lo usara (puntaje promedio de 1.29). En el caso

de las mujeres, el factor que más regulaba el uso del condón fue el hacerlo con la pareja estable (puntaje promedio de 2.85) y los factores que menos regulaban su uso fueron el haber ingerido alcohol o el que su pareja ocasional esperara que lo usara (ambos con puntaje promedio de .91).

Sobre el *uso correcto del preservativo en el acto sexual*, en promedio los hombres obtuvieron 21.19 ($DE = 4.423$) y las mujeres 19.91 ($DE = 3.954$) en la prueba general, pero estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Tampoco se encontraron diferencias entre los reactivos que conforman la prueba. Los resultados demuestran que tanto los hombres como las mujeres reportaron llevar a cabo conductas similares con respecto al uso del condón durante el acto sexual, es decir, lo usaron correctamente con mayor frecuencia tanto hombres como mujeres.

En esta la *habilidad del uso correcto del condón* los hombres y las mujeres se desempeñaron muy similar, pues los hombres realizaron un promedio de 21.88% ($DE = 8.39$) de los ocho pasos del uso correcto del condón, mientras que las mujeres un 21.18% ($DE = 13.960$), por lo que estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. En todos los pasos del uso correcto del condón tanto hombres como mujeres obtuvieron porcentajes bajos, señalando que, aunque reportan utilizar consistentemente el condón y saber sobre él, al momento de evaluar esta habilidad el desempeño es precario.

Finalmente, las comparaciones en las *habilidades de comunicación sexual asertiva*, las mujeres ejecutaron el 60.22% ($DE = 17.574$) de los componentes de la *habilidad para iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad* y los hombres 54.17% ($DE = 21.362$). En el caso de la *habilidad para la negociación del uso del condón* fueron los hombres quienes se desempeñaron mejor al ejecutar el 50% ($DE = 11.650$) de los componentes y las mujeres solo el 38.55% ($DE = 20.904$). En ninguna de las habilidades las diferencias fueron estadísticamente significativas.

Comparaciones en función de la experiencia sexual

Con respecto a la *prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos*, los participantes con experiencia sexual obtuvieron un 51.31% ($DE = 13.750$) de respuestas correctas en toda la prueba, mientras que aquellos sin experiencia un 42.71% ($DE = 15.050$), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($t(227) = 4.157, p = .000$). Estas diferencias también se observaron en función de la categoría de la *prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos* en cada categoría, evidenciando que los participantes con experiencia sexual respondieron correctamente en una proporción significativamente mayor sobre los métodos anticonceptivos, como se observa en la Tabla 19.

Tabla 17

Promedio de porcentaje de respuestas correctas de participantes con y sin experiencia sexual en cada categoría de la prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos

	Con experiencia sexual	Sin experiencia sexual	t	p
Características	54.77%	45.46%	3.632	.000
Uso	53.92%	45.35%	3.339	.001
Eficacia, ventajas y desventajas	38.29%	31.40%	2.180	.031

En un análisis más detallado, en la Tabla 20 se muestran las comparaciones entre los porcentajes de respuestas correctas de participantes con y sin experiencia sexual. Los participantes con experiencia sexual obtuvieron un porcentaje de respuestas correctas mayor en ítems que recopilaban información sobre las pastillas anticonceptivas, el funcionamiento de los métodos anticonceptivos hormonales, sus efectos y el contenido, eficacia y uso de las PAE's, que aquellos participantes sin experiencia sexual.

Tabla 18

Comparaciones de porcentajes entre participantes con y sin experiencia sexual que respondieron correctamente a cada reactivo de la prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos

Ítem	Con experiencia (n = 74)	Sin experiencia (n = 155)	X ²	p
1. ¿Cuál es el método de “coito interrumpido”?	86.5%	84.5%	.154	.843
2. ¿Cuántas horas antes de una relación sexual puede colocarse un condón femenino?	12.2%	19.4%	1.834	.194
3. ¿Cuál es una de las desventajas del uso de pastillas anticonceptivas o anticonceptivos orales?	48.6%	44.5%	.345	.573
4. ¿Cuál es un ejemplo de doble protección?	62.2%	60%	.098	.774
5. ¿Qué es un diafragma anticonceptivo?	25.7%	23.9%	.088	.870
6. Para que los métodos anticonceptivos naturales sean eficaces se debe de...	71.6%	69.7%	.091	.877
7. ¿De qué depende que los métodos anticonceptivos naturales sean eficaces?	81.1%	70.3%	2.998	.108
8. ¿Cuándo deben tomarse las pastillas anticonceptivas?	45.9%	18.1%	19.721	.000
9. ¿Qué son los espermicidas?	58.1%	56.8%	.035	.887
10. ¿Cuál es una desventaja de los métodos anticonceptivos naturales?	64.9%	61.3%	.273	.663
11. ¿Cuáles son algunos signos y síntomas de los días fértiles?	54.1%	41.9%	2.963	.091
12. ¿Qué se requiere para que el método de amenorrea de la lactancia sea efectivo?	2.7%	7.1%	1.806	.232
13. ¿De qué manera funcionan la mayoría de los métodos anticonceptivos hormonales?	73%	55.5%	6.448	.014
14. ¿De qué están hechas las pastillas anticonceptivas de emergencia?	64.9%	44.5%	8.300	.005
15. ¿Cuál es un ejemplo de método anticonceptivo hormonal?	68.9%	51.6%	6.128	.015
16. ¿En dónde no se puede colocar el parche anticonceptivo?	45.9%	43.9%	.087	.778
17. ¿Por qué la esterilización masculina y femenina son considerados métodos anticonceptivos de barrera?	32.4%	45.2%	3.354	.085
18. El tiempo recomendable para tomarse la pastilla anticonceptiva de emergencia es dentro de las primeras...	89.2%	77.4%	4.549	.045
19. ¿Cuál es el implante	33.8%	31.6%	.108	.764

subdérmico?				
20. ¿En qué consisten los métodos anticonceptivos de barrera?	74.3%	63.9%	2.485	.133
21. ¿Cuáles son los días fértiles del ciclo menstrual?	45.9%	29.7%	5.832	.018
22. ¿Cuáles son las hormonas que se utilizan en los métodos anticonceptivos hormonales?	23%	5.2%	16.339	.000
23. Un implante subdérmico puede durar...	41.9%	24.5%	7.183	.009
24. ¿De qué depende la eficacia de una pastilla anticonceptiva de emergencia?	77%	59.4%	6.882	.011
25. ¿Cuál es un posible efecto del uso del espermicida?	20.3%	19.4%	.027	1.000
26. Las personas alérgicas al látex...	67.6%	58.7%	1.661	.245
27. ¿Cuál es un método anticonceptivo de barrera?	40.5%	34.2%	.873	.380
28. ¿Cuál es una de las desventajas de algunos métodos anticonceptivos hormonales?	51.4%	36.8%	4.384	.045
29. Una ventaja de algunos métodos anticonceptivos hormonales es...	20.3%	14.2%	1.365	.254
30. ¿Cuál es la manera en que funcionan las pastillas anticonceptivas de emergencia?	82.4%	58.7%	12.630	.001
31. ¿Qué tan eficaces son las pastillas anticonceptivas?	24.3%	12.3%	5.383	.023

En la *prueba de conocimientos sobre el uso del preservativo*, los participantes con experiencia sexual tuvieron un promedio de 47.80% de respuestas correctas en toda la prueba, mientras que aquellos participantes sin experiencia tuvieron un 38.63%, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($t(227) = 3.339, p = .001$). Al analizarse estas diferencias por cada reactivo de dicha prueba, se encontró que los participantes con experiencia sexual obtuvieron porcentajes significativamente mayores en dos de ellos. En el reactivo que preguntaba si se debía dejar un espacio en la punta cuando se coloca un preservativo en el pene, el 33.8% de los participantes con experiencia sexual contestaron correctamente, mientras que el 16.8% de los participantes sin experiencia sexual acertaron ($\chi^2(1) = 3.320, p = .004$). También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el reactivo que preguntaba si el dejar un espacio sin aire en la punta del preservativo hacía más probable que se

deslizara en un acto sexual, ya que el 43.2% de los adolescentes con experiencia respondieron correctamente en comparación con el 27.1% de los adolescentes sin experiencia ($\chi^2 (1) = 5.970, p = .015$).

Con respecto a la escala de *autocontrol*, se encontraron diferencias estadísticamente significativas únicamente en dos reactivos pertenecientes al factor de *conductas irreflexivas*. En el reactivo “la gente me describe como una persona impulsiva” los adolescentes con experiencia sexual obtuvieron un puntaje medio de 3.31, mientras que aquellos sin experiencia sexual un puntaje promedio de 3.79 ($t (227) = -2.747, p = .006$). En el reactivo “actúo sin pensar en todas las alternativas” los adolescentes con experiencia sexual obtuvieron un puntaje medio de 3.63 y aquellos sin experiencia sexual un puntaje promedio de 3.96 ($t (226) = -2.172, p = .031$). Esto se interpreta como que aquellos participantes con experiencia sexual reportaban llevar a cabo significativamente más conductas irreflexivas que aquellos sin experiencia.

No se encontraron diferencias entre los adolescentes con y sin experiencia sexual en ninguno de los reactivos del factor *conductas dirigidas hacia una meta*.

Con respecto a las comparaciones entre participantes con y sin experiencia sexual en la *habilidad del uso correcto del condón*, se obtuvo un porcentaje de pasos realizados por cada participante para evaluar su nivel de destreza en esta habilidad. Los participantes con experiencia sexual ejecutaron un promedio de 31.25% de los ocho pasos necesarios para el correcto uso del condón, mientras que los participantes sin experiencia sexual solo el 18%, resultando estas diferencias estadísticamente significativas ($t (37) = 3.289, p = .002$).

Al evaluar las diferencias entre cada uno de los pasos para la correcta utilización del condón, únicamente se encontraron diferencias en el primer paso, ya que el 66.7% de los participantes con experiencia revisaron la fecha de caducidad del condón, mientras que únicamente el 14.8% de los participantes sin experiencia sexual lo realizaron ($\chi^2 (1) = 10.486, p = .002$). En este caso, se esperaría que los adolescentes con experiencia sexual hubieran realizado correctamente un número mayor de pasos que aquellos sin experiencia, pero esto

no fue así. Además, el porcentaje de pasos ejecutados en ambos casos fue muy bajo.

Finalmente, las comparaciones en las *habilidades de comunicación sexual asertiva*, se consideraban los componentes verbales y no verbales de cada habilidad. Se calculaba el porcentaje de componentes a cada participante para evaluar su desempeño total. En este caso, los participantes con experiencia sexual ejecutaron un promedio del 68.06% del total de los componentes en la *habilidad para iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad*, mientras que aquellos participantes sin experiencia solo el 54.94%, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($t(37) = 2.167, p = .037$). Sin embargo, no se encontraron diferencias en la *habilidad para negociar el uso del condón*, ya que los participantes con experiencia ejecutaron un promedio del 43.33% de los componentes, mientras que aquellos sin experiencia el 39.81%.

7.4.3 Correlacionales

Con el objetivo de conocer si existían relaciones entre las variables evaluadas y el uso del condón en toda la vida en 69 participantes, se realizaron correlaciones con la r de Pearson, cuyos resultados se pueden observar en la Tabla 21. Cabe destacar que, en el caso de las categorías de la *prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos* y los *conocimientos sobre el uso del preservativo*, se utilizaron los porcentajes promedio de respuestas correctas totales en cada categoría y el porcentaje total de respuestas correctas de toda la prueba, respectivamente. Para las habilidades de observación directa, se utilizaron los porcentajes promedio obtenidos por cada participante en cada habilidad.

Tabla 19

Correlación entre cada variable y el índice de consistencia del uso del condón durante toda la vida

Variable	Factores	r	p
Conocimientos de métodos anticonceptivos	Características	.081	.508

	Uso	.252	.037
	Eficacia, ventajas y desventajas	-.036	.767
Conocimientos sobre el uso del preservativo	---	.154	.206
Autocontrol	Conductas irreflexivas	.160	.192
	Conductas dirigidas hacia una meta	.183	.138
Competencia sexual preventiva	Disposicionales del individuo y el ambiente	-.038	.771
	Disposicionales sociales	.051	.697
Uso correcto del preservativo en el acto sexual	---	.395	.001
Habilidad del uso correcto del condón	---	-.215	.526
Habilidades de comunicación sexual asertiva	Habilidad para iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad	.100	.770
	Habilidad para la negociación del uso del condón	.004	.990

Las únicas correlaciones estadísticamente significativas fueron la categoría de *uso* sobre conocimientos de métodos anticonceptivos y el *uso correcto del preservativo en el acto sexual*. Esto significa que aquellos que obtuvieron un porcentaje de respuestas correctas mayores en la categoría de uso de métodos anticonceptivos, usaron más consistentemente el condón durante toda la vida. Además, que mientras más utilizaban el condón, lo utilizaban mejor.

Estas mismas correlaciones, pero con respecto al uso del condón en los últimos tres meses, se describen en la Tabla 22. No se pudieron realizar las estimaciones con los participantes a quienes se les evaluó las habilidades mediante la observación directa, ya que solo cuatro de ellos reportaron haber tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses.

Como es de notarse, a medida que utilizaban con mayor frecuencia el condón, lo utilizaban mejor.

Tabla 20

Correlación entre cada variable y el índice de consistencia del uso del condón en los últimos tres meses

Variable	Factores	r	p
Conocimientos de métodos anticonceptivos	Características	.163	.334
	Uso	.306	.065
	Eficacia, ventajas y desventajas	.169	.317
Conocimientos sobre el uso del preservativo	---	.028	.869
	Autocontrol		
	Conductas irreflexivas	.231	.181
	Conductas dirigidas hacia una meta	-.086	.617
Competencia sexual preventiva			
	Disposicionales del individuo y el ambiente	.968	.711
Uso correcto del preservativo en el acto sexual	Disposicionales sociales	-.055	.978
	---	.635	.000

Los resultados de las correlaciones entre cada variable se muestran en la Tabla 23. Se observa que las variables que tuvieron correlaciones estadísticamente significativas con los conocimientos de métodos anticonceptivos fueron la *habilidad del uso correcto del condón*, la *habilidad para iniciar una conversación sobre sexualidad* y los *conocimientos sobre el uso del preservativo*; las *conductas dirigidas hacia una meta* con el *conocimiento del uso del preservativo* y las *conductas irreflexivas* de forma negativa; y la *competencia sexual preventiva* con la *habilidad del uso correcto del condón*.

Tabla 21

Correlación entre cada una de las variables evaluadas

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos	1.000	.237**	-.009	-.013	.197	.149	.353*	.429**	.007
2.Conocimientos sobre el uso del preservativo	----	1.000	.035	-.170*	-.067	-.169	.028	.220	-.092

3. Conductas irreflexivas	----	----	1.000	-.149*	-.040	-.006	.054	.027	-.025
4. Conductas dirigidas hacia una meta	----	----	----	1.000	.118	.98	.014	-.096	.235
5. Escala para evaluar competencia sexual preventiva	----	----	----	----	1.000	.175	.616*	.084	-.236
6. Fallas en el uso del preservativo en el acto sexual	----	----	----	----	----	1.000	.356	-.092	.428
7. Habilidad del uso correcto del condón	---	---	---	---	---	---	1.00	.436**	-.009
8. Habilidad para iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad	---	---	---	---	---	---	---	1.000	.068
9. Habilidad para la negociación del uso del condón	---	---	---	---	---	---	---	---	1.000

Nota: * = $p < .05$; ** = $p < .01$

Estas correlaciones se interpretan como que, a medida que los adolescentes obtenían un mayor porcentaje de respuestas correctas en la prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos, tenían un mejor desempeño en la habilidad del uso correcto del condón, eran más habilidosos para iniciar y mantener una conversación sexual y conocían más sobre el condón. Además, al realizar más conductas dirigidas hacia una meta, conocían más sobre el condón y menos conductas irreflexivas realizaban. Finalmente, mientras mejor utilizaban el condón, menos competentes eran para utilizarlo en función de algunos factores disposicionales.

Relaciones en función del sexo

Las correlaciones entre las variables evaluadas con el índice de consistencia del uso del condón durante toda la vida, pero entre hombres y mujeres, se describen en la Tabla 24. En el caso de los hombres que fueron evaluados a través de la observación directa, no se pudieron realizar las correlaciones, ya que un número muy pequeño tenía experiencia sexual. En el

caso de las mujeres, sí se realizaron las estimaciones, ya que 31 de ellas habían reportado tener experiencia sexual.

Tabla 22

Correlación entre cada variable y el índice de consistencia del uso del condón durante toda la vida en hombres y mujeres

Variable	Factores	Hombres		Mujeres	
		r	p	r	p
Conocimientos de métodos anticonceptivos	Características	-.033	.878	.148	.332
	Uso	.175	.414	.330	.027
	Eficacia, ventajas y desventajas	.221	.299	-.117	.444
Conocimientos sobre el uso del preservativo	---	-.065	.763	.202	.183
Autocontrol	Conductas irreflexivas	-.258	.224	.434	.003
	Conductas dirigidas hacia una meta	-.175	.425	-.198	.199
Competencia sexual preventiva	Disposicionales del individuo y el ambiente	.111	.641	-.138	.389
	Disposicionales sociales	-.122	.608	.062	.702
Uso correcto del preservativo en el acto sexual	---	.308	.187	.419	.006
Habilidad del uso correcto del condón	---	---	---	-.244	.497
Habilidades de comunicación sexual asertiva	Habilidad para iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad	---	---	.251	.484
	Habilidad para la negociación del uso del condón	---	---	-.020	.956

Es de notarse que, solo en el caso de las mujeres, la categoría de *uso* en cuanto al conocimiento de los métodos anticonceptivos, las conductas irreflexivas y el uso correcto del preservativo en el acto sexual, se correlacionaron significativamente con el uso del condón durante toda la vida. Lo anterior quiere

decir que, en el caso de las mujeres, mientras más conocían sobre el uso de métodos anticonceptivos, llevaban a cabo menos *conductas irreflexivas* y reportaron utilizar correctamente el condón al momento de tener relaciones sexuales, utilizaron más consistentemente el condón a lo largo de su vida.

Respecto a las correlaciones entre las variables y el uso del condón, pero en los últimos tres meses, los resultados de la Tabla 25 muestran que solo en el caso de las mujeres, quienes realizaban con menor frecuencia *conductas irreflexivas*, utilizaban más consistentemente el condón en ese periodo. Nuevamente, dado que muy pocos participantes evaluados mediante la observación directa habían reportado tener relaciones sexuales en los tres meses anteriores, no se pudieron realizar las estimaciones de dichas habilidades con respecto al índice de consistencia del uso del condón en los últimos tres meses.

Tabla 23

Índice de correlación entre cada variable y el índice de consistencia del uso del condón en los últimos tres meses en hombres y mujeres

Variable	Factores	Hombres		Mujeres	
		r	p	r	p
Conocimientos de métodos anticonceptivos	Características	-.049	.873	.261	.218
	Uso	.078	.800	.381	.066
	Eficacia, ventajas y desventajas	.083	.787	.213	.318
Conocimientos sobre el uso del preservativo Autocontrol	---				
	Conductas irreflexivas	-.174	.569	.498	.018
	Conductas dirigidas hacia una meta	-.199	.514	-.038	.865
Competencia sexual preventiva	Disposicionales del individuo y el ambiente	.590	.056	-.085	.713
	Disposicionales sociales	.155	.649	-.038	.875
Uso correcto del preservativo en el acto sexual	---	.687	.020	.632	.002

En el caso de los hombres, a medida que utilizaban más consistentemente el condón en los últimos tres meses, mejor lo utilizaban. En el caso de las mujeres, ocurre algo similar, al encontrar que reportaban utilizarlo mejor a medida que lo utilizaban más consistentemente y realizaban menos conductas irreflexivas a medida que lo utilizaban más consistentemente.

Las correlaciones entre las variables en hombres y mujeres se describen en la Tabla 26. En la parte superior se encuentran las correlaciones de los hombres y en la parte inferior las correlaciones de las mujeres. Como se puede observar, en el caso de la *escala para evaluar competencia sexual preventiva y fallas en el uso del preservativo en el acto sexual* no se pudieron realizar las estimaciones en el caso de los hombres, ya que fueron pocos los participantes evaluados a través de la observación directa que también habían reportado tener experiencia sexual.

Tabla 24

Índice de correlación entre cada una de las variables evaluadas en hombres (parte superior) y mujeres (parte inferior)

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos		.330**	-.097	.008	.148	.084	.096	.371	-.416
2.Conocimientos sobre el uso del preservativo	.176*		.029	-.076	.075	-.018	.475	.262	-.618
3.Conductas irreflexivas	-.011	.057		-.177	.319	.017	.566	-.528	-.858*
4.Conductas dirigidas hacia una meta	-.080	-	-		.145	.285	.089	.056	.460
5.Escala para evaluar competencia sexual preventiva	.226	-.114	-.099	.123		.206	---	---	---
6.Uso correcto del preservativo en el acto sexual	.189	-.240	.043	.057	.141		---	---	---
7.Habilidad del uso correcto del condón	.449*	-.029	-.011	-.001	.650*	.336		-.079	-.520
8.Habilidad para iniciar y mantener	.438*	.186	.135	-.166	.394	.149	.546*		.383

una conversación sobre sexualidad								
9.Habilidad para la negociación del uso del condón	.221	.016	.098	.230	-.365	.435	.035	.064

Nota: * = $p < .05$; ** = $p < .01$

Para el caso de los hombres, el nivel de información sobre métodos anticonceptivos se correlacionó con los conocimientos sobre el condón, lo que significa que, a medida que tenían un mayor porcentaje de respuestas correctas en esta prueba, tenían un mayor porcentaje de respuestas correctas sobre el uso del condón. Además, se encontró una correlación negativa entre las *conductas irreflexivas* y la *habilidad para la negociación del uso del condón*, lo que se interpreta que, a medida que realizaban menos conductas irreflexivas, eran más hábiles para negociar el uso del condón.

Respecto a las mujeres, se encontraron correlaciones entre los conocimientos sobre métodos anticonceptivos con los conocimientos sobre el uso del condón, la *habilidad del uso correcto del condón* y la *habilidad para iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad*, por lo que, mientras mayor porcentaje de respuestas correctas obtenían en la *prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos*, mayor porcentaje de respuestas correctas obtenían en la prueba de conocimientos sobre el uso del condón, más hábiles eran para utilizar correctamente el condón y para entablar conversaciones sobre sexualidad. También se encontraron correlaciones negativas entre las *conductas dirigidas hacia una meta* con los conocimientos sobre el uso del condón y las *conductas irreflexivas*, lo que se interpreta que, a medida que realizaban más conductas dirigidas a cumplir un objetivo, tenían mayor nivel de conocimientos sobre el uso del condón y realizaban menos conductas irreflexivas. La *habilidad del uso correcto del condón* se correlacionó con la competencia sexual, que en este caso se interpreta que, a medida que eran más hábiles para usar un condón, menos competentes eran para usarlo ante algunos factores disposicionales. Finalmente, la *habilidad para hablar iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad* con la *habilidad para usar correctamente el condón*, es decir, a mayor habilidad para hablar sobre sexualidad, mayor habilidad para usar correctamente el condón.

Relaciones en función de la experiencia

Naturalmente, los análisis correlacionales que podían realizarse entre los participantes con y sin experiencia sexual fueron las relaciones entre las variables. Dichos resultados se describen en la Tabla 27. En la parte superior se describen los resultados de los participantes con experiencia y en la parte inferior los de los participantes sin experiencia. Es de recordarse que algunos participantes sin experiencia sexual fueron evaluados en las habilidades de observación directa, por lo que se pudieron realizar dichas estimaciones con los instrumentos en los que no se requería experiencia sexual como criterio para responderlos, por ejemplo, que se hubiera evaluado su *habilidad del uso correcto del condón*, pero que no hubiera respondido la *escala de competencia sexual preventiva* al no tener experiencia sexual.

Tabla 25

Índice de correlación entre cada una de las variables evaluadas en participantes con (parte superior) y sin experiencia sexual (parte inferior)

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos		.153	-.043	-.072	.197	.149	.584*	.655*	.007
2.Conocimientos sobre el uso del preservativo	.210**		-.003	-.208	-.067	-.169	-.393	.178	-.245
3.Conductas irreflexivas	.044	.087		-.204	-.040	-.006	-.173	.232	-.269
4.Conductas dirigidas hacia una meta	-.003	-	-.125		.118	.098	-.209	-.434	.218
5.Escala para evaluar competencia sexual preventiva	---	---	---	---		.175	.616*	.084	-.236
6.Uso correcto del preservativo en el acto sexual	---	---	---	---	---		.356	-.092	.428
7.Habilidad del uso correcto del condón	.126	.096	.148	.120	---	---		.344	-.172
8.Habilidad para iniciar y	.328	.143	-.062	-.031	---	---	.357		-.356

mantener una conversación sobre sexualidad								
9.Habilidad para la negociación del uso del condón	-.014	-.053	.067	.242	---	---	.017	.165

Nota: * = $p < .05$; ** = $p < .01$

En el caso de los participantes con experiencia sexual (parte superior), se observa que los conocimientos sobre métodos anticonceptivos se correlacionaron con la *habilidad del uso correcto del condón* y la *habilidad para iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad*. Además, esta *habilidad del uso correcto del condón* se relacionó con la competencia sexual preventiva. Lo anterior significa que, mientras más conocían sobre los métodos anticonceptivos, más habilidad tenían para hablar sobre sexualidad y para usar correctamente el condón. Empero, quienes tenían mayor habilidad para usar el condón, tenían menor competencia sexual, ya que, a mayor valor en la *escala de competencia sexual preventiva*, menor competencia.

Por otro lado, en el caso de los participantes sin experiencia sexual, las únicas correlaciones que se encontraron fueron los conocimientos sobre el condón se relacionaron con los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos y las *conductas dirigidas hacia una meta*. Esto significa que, en aquellos participantes sin experiencia sexual, mientras más conocían sobre los métodos anticonceptivos también conocían más sobre el condón masculino y realizan más conductas para cumplir sus objetivos o metas (debido a que la relación es inversa y a menor puntaje, mayor frecuencia de *conductas dirigidas hacia una meta*).

7.4.4 Análisis de regresión múltiple

Como se puede observar, ninguna de las variables evaluadas tuvo correlaciones con el índice de consistencia del uso del condón durante toda la vida ni con el índice de consistencia del condón en los últimos tres meses en la población en general, lo que significa que no existe una relación entre cada una de las variables

y el usar consistentemente el condón. Es por lo anterior que, al momento de llevarse a cabo regresiones múltiples en la población en general no se encontraron predictores de estos índices. Lo anterior cobra sentido ya que, si una variable no se relaciona con la consistencia del uso del condón, resulta prácticamente imposible que dicha variable pueda ser predictora de la variable de usar consistentemente el condón. En el caso de la variable de *uso correcto del preservativo en el acto sexual*, su correlación positiva nos indica que aquellos que usaron más el condón reportaron usarlo mejor durante el acto sexual, sin embargo, esta variable conceptualmente no puede ser predictora del uso del condón, pues nos detalla cómo es que usaron el condón durante el acto sexual, mas no puede predecir si se usará o no consistentemente. De hecho, ocurre lo contrario, se necesita usar el condón para saber si se utilizó correctamente o no.

Aunque no se encontraron correlaciones entre las variables y los índices de consistencia del uso del condón, al analizarse las relaciones entre las variables con el índice de consistencia del uso del condón durante toda la vida y en los últimos tres meses, pero en función del sexo, los resultados fueron distintos. En el caso de las mujeres, como anteriormente se describió, se observó una correlación positiva y significativa entre las *conductas irreflexivas* y los índices de consistencia del uso del condón durante toda la vida y en los últimos tres meses, además de una correlación positiva entre el índice de consistencia del uso del condón durante toda la vida y la categoría de *uso de la prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos*.

En función de lo anterior, se realizó una regresión múltiple “jerárquica” con todas las variables de autorreporte con participantes mujeres, es decir, se excluyeron aquellas evaluadas mediante la observación directa, ya que había pocos participantes con experiencia sexual y las estimaciones no eran posibles.

Con base en las correlaciones significativas entre cada variable y el índice de consistencia del uso del condón durante toda la vida, se consideraron dos modelos ordenados jerárquicamente de la siguiente manera: 1) *conductas irreflexivas* y 2) categoría de *uso de la prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos*. Al ser un modelo jerárquico, el segundo modelo incluía al primero,

es decir, en el primer modelo solo se consideraba el predictor *conductas irreflexivas*, mientras que en el segundo se incluía tanto a *conductas irreflexivas* como la categoría de *uso de la prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos*.

Se analizaron indicadores para valorar que el modelo cumpliera con los supuestos del uso de la prueba. En primer lugar, se observó que no presentó problemas de multicolinealidad al observarse que las correlaciones entre cada una de las variables independientes y la dependiente fueron menores a .9 y al analizar los diagnósticos de colinealidad. En segundo lugar, el estadístico Durbin-Watson con valor .797 demostró que el modelo no cumplió con el supuesto de independencia de errores (Field, 2013). En tercer lugar, los análisis a los ANOVA mostrados por el modelo fueron estadísticamente significativos, demostrando que el modelo es mejor para predecir la variable dependiente que el utilizar la media.

De los dos modelos considerados, solo el Modelo 1 presentaba un cambio en R^2 significativo, explicando el 24.8% de la varianza. El Modelo 2, que contenía la categoría de *uso de la prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos* explicaba el 38.1%, pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa. En este sentido, la variable *conductas irreflexivas* es el que predice el índice de consistencia del uso del condón en los últimos tres meses en las mujeres. Lo anterior se confirma al observar que su valor de p es estadísticamente significativo.

El Modelo 1, el cual contenía al único predictor con respecto al índice de consistencia del uso del condón en los últimos tres meses se describe en la Tabla 28 con un total de 22 participantes mujeres. Es importante resaltar que el índice, para el caso de las mujeres, fue de 62.80% en promedio ($DE = 5.700$).

Tabla 26

Modelo lineal de predictores del índice de consistencia del uso del condón durante toda la vida, con intervalos de confianza de 95% corregidos por sesgo y acelerados reportados entre paréntesis para participantes mujeres

Variable	b	SE B	β	p
Constante	-13.598 (-64.002, 36.806)	24.976		.589
Conductas	2.755	.882	.434	.003

Cabe señalar que un puntaje mayor en la variable de *conductas irreflexivas* se interpretaba como una menor frecuencia de realizar este tipo de conductas. Al observar que el valor de b es positivo, se interpreta que, a medida que las mujeres realizaban menos *conductas irreflexivas* (es decir, el puntaje era mayor), utilizaban más consistentemente el condón a lo largo de su vida.

Para la evaluación de los predictores, pero esta vez del índice de consistencia del uso del condón en los últimos tres meses, se analizaron las correlaciones entre las variables de autorreporte con respecto a dicho índice. Nuevamente, únicamente en el caso de las mujeres se observó una correlación significativa entre las *conductas irreflexivas* y mencionado índice.

Con base en las correlaciones significativas entre cada variable y el índice de consistencia del uso del condón durante toda la vida, se consideraron los mismos dos modelos ordenados jerárquicamente que con el índice consistente del uso del condón en los últimos tres meses, ordenados de la siguiente manera: 1) *conductas irreflexivas* y 2) categoría de uso de la *prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos*.

En este análisis, se concluyó que no existieron problemas de multicolinealidad al observarse que las correlaciones entre cada una de las variables independientes y la dependiente fueron menores a .9 y al analizar los diagnósticos de colinealidad. Respecto al estadístico Durbin-Watson, el valor de 1.474 demostró que el modelo también cumplió con el supuesto de independencia de errores (Field, 2013). Finalmente, los análisis a los ANOVA mostrados por el modelo fueron estadísticamente significativos, demostrando que el modelo es mejor para predecir la variable dependiente que el utilizar la media.

De los dos modelos considerados, el Modelo 1 es el que mejor explica la variable independiente. En este caso, las *conductas irreflexivas* fueron las únicas predictoras del uso consistente del condón, explicando el 24.8% de la varianza. El Modelo 2, aunque explicaba el 38.1% de la varianza, no mostraba una mejora estadísticamente significativa.

La relevancia de la variable en el modelo también se refleja al observar que el valor de p es estadísticamente significativo, es decir, la variable *conductas irreflexivas* contribuye a la predicción del uso consistente del condón en los últimos tres meses, como se observa en la Tabla 29.

Tabla 27

Modelo lineal de predictores del índice de consistencia del uso del condón en los últimos tres meses, con intervalos de confianza de 95% corregidos por sesgo y acelerados reportados entre paréntesis en participantes mujeres

Variable	b	SE B	β	p
Modelo 1				
Constante	15.007 (-46.125, 76.140)	29.307		.614
Conductas irreflexivas	2.429 (.482, 4.661)	1.002	.498	.018

Nota: $R^2 = .248$ para Modelo 1

Una vez más, al observar que el valor de b es positivo, podemos concluir que, a menor frecuencia de *conductas irreflexivas* en el caso de las mujeres, hay un mayor índice de consistencia del uso del condón. En este caso, el promedio de índice de consistencia fue de 88.88% ($DE = 29.440$).

Para evaluar la relación entre las variables y el uso de condón en la última relación sexual, no se pudo realizar una regresión logística, ya que los datos no presentaban la variación necesaria para poder estimarlo.

7.5 CONCLUSIONES

En los resultados descritos anteriormente se pudo observar que, de manera general, los participantes evidenciaron un nivel bajo en casi todas las variables evaluadas y que existen diferencias entre sexos y participantes con y sin experiencia sexual en algunas de ellas.

En el caso de los conocimientos de métodos anticonceptivos, se observó que los participantes no conocen todas las características ni la forma de uso de los métodos anticonceptivos, pero de lo que más desconocen es sus posibles efectos. Además, prácticamente no conocen nada del implante subdérmico, método que debe ser promovido en esta población según la ENAPEA (CONAPO, 2015). En

este mismo orden de ideas, se observó que los participantes desconocen información relevante para el uso correcto del condón, como el que deben dejar un espacio sin aire en la punta, el tipo de lubricantes que se pueden utilizar y el que no se deben utilizar el condón masculino y el femenino al mismo tiempo. Vale la pena señalar que una tercera parte de los participantes desconocía cuáles eran los días fértiles del ciclo menstrual, información relevante, toda vez que algunos métodos anticonceptivos se basan en su identificación para ser efectivos. Son los hombres y los participantes sin experiencia sexual quienes conocen significativamente sobre métodos anticonceptivos en comparación con las mujeres y los participantes sin experiencia sexual.

En cuanto al autocontrol, aunque se observó que una gran proporción de participantes reportó tener conductas dirigidas hacia una meta de manera general, sin embargo, las mujeres reportan realizar cosas que pueden ser dañinas o no dejar de hacer cosas que consideran malas con mayor frecuencia que los hombres y los participantes sin experiencia sexual reportan valores menores de conductas irreflexivas que aquellos con experiencia. En el caso específico del uso del condón, se observan también diferencias en función del sexo, como en factores de excitación, el que la pareja estable espere que se use el condón, el haberlo hecho con la pareja estable y el lugar son aquellos que interfieren con que los participantes utilicen el condón, por lo tanto, se debe hacer un énfasis en las estrategias para evitar que estos factores interfieran con su uso.

Mientras que en el instrumento para evaluar conocimientos sobre el uso del preservativo y las fallas de su uso en el acto sexual se evidenciaron algunas debilidades, éstas fueron más sobresalientes al evaluar la habilidad de su uso por medio de la observación directa. Se considera que, si bien es importante ser hábil en identificar algunas características y uso, la ejecución de esta habilidad señala con precisión que se debe considerar el entrenar esta habilidad en cada uno de sus pasos, dado que esta fue la habilidad en la que peor se desempeñaron los participantes; más preocupante aún, los participantes sin experiencia no mostraron una mejor habilidad que aquellos sin experiencia.

En lo que respecta a las habilidades de comunicación sexual asertiva, la negociación del uso del condón es en la que se debe enfocar más el entrenamiento e incluso con un mayor esfuerzo en el caso de las mujeres, quienes se desempeñaron a un nivel más bajo que los hombres.

Finalmente, con respecto a los resultados observados en las regresiones múltiples para predecir el uso del condón, se confirma que se debe poner énfasis, al menos en el caso de las mujeres, las *conductas irreflexivas*, que en este caso se interpretaría como el que las mujeres pueden regular su propia conducta independientemente de la circunstancia en la que se encuentren para que puedan utilizar el preservativo, ya que también se observaron índices de consistencia menores en comparación con los hombres.

CAPÍTULO 8. PROPUESTA DE PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Conforme a los resultados obtenidos en los análisis del segundo estudio, se propone el programa de intervención que a continuación se describe.

8.1 Objetivo general

Diseñar un programa de desarrollo de competencia sexual en adolescentes de 15 a 19 años con y sin experiencia sexual, sobre el uso consistente del condón y otros métodos anticonceptivos.

8.2 Población e instrumentos

Al encontrarse diferencias en las variables evaluadas, como los conocimientos de métodos anticonceptivos, entre aquellos adolescentes con y sin experiencia sexual, es deseable que los adolescentes tengan contacto con la información y entrenamientos para la correcta utilización de los métodos anticonceptivos antes de que tengan su primera experiencia sexual o en sus primeros encuentros sexuales, por lo que lo ideal es que el programa de intervención se realice con adolescentes entre 15 y 19 años, ya que se observó que la mayor proporción de adolescentes entre estas edades aún no tenían su primer encuentro sexual y se debe promover el desarrollo de competencias desde edades tempranas.

En cuanto a los instrumentos, los aquí utilizados evidenciaron con precisión qué información conocían los adolescentes y qué habilidades debían precisar, por lo que se considera útil y pertinente su utilización para la evaluación de los niveles de desempeño de los adolescentes antes y después del programa. En específico, el desarrollo de la *Prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos* permitió una manera más amplia y precisa de evaluar qué de los métodos anticonceptivos los adolescentes conocen. La mayor prueba de su utilidad es que la categoría de *uso* se correlacionó con el uso del condón, lo que

señala que los ítems designados a esa categoría evalúan que realmente los adolescentes conozcan su uso correcto.

La evaluación del uso del condón mediante “sí/no” y el índice de consistencia del condón son consideradas como más pertinentes que solo demandar, en una escala tipo Likert, qué tan frecuentemente lo utilizan. Además, la medida del índice de consistencia en los últimos tres meses ofrece con mayor exactitud qué tanto lo utilizan, ya que es más probable que los adolescentes recuerden con exactitud cuántas relaciones han tenido en los últimos tres meses que en toda su vida.

También se demostró que la evaluación a través de la observación directa es más confiable que aquella por autoreporte, pues si bien los adolescentes mostraban alrededor del 50% de la identificación de cómo se debe colocar un condón, al momento de evaluar esta habilidad ese porcentaje disminuyó drásticamente. Lo mismo podría ocurrir con las habilidades de comunicación sexual asertiva, pues no basta con preguntar al adolescente si es o no capaz de hablar sobre sexualidad o negociar el uso del condón, sino que se requiere evaluar su desempeño, con el fin de ver qué elementos requieren mejorar.

8.3 Diseño y variables

El diseño del programa que convendría más para evaluar su eficacia sería tipo experimental con grupo control y experimental. En el experimental se deberían entrenar todas las variables aquí evaluadas, además de integrar la identificación de creencias y su posible modificación con respecto a los roles de género. En el grupo control, se podría dejar en espera, es decir, que se entrene a ese grupo una vez evaluado su desempeño tras el programa o sencillamente dar una plática informativa sobre los métodos anticonceptivos con el fin de evaluar si el desarrollo de competencias es de hecho más efectivo que el proporcionarles únicamente información.

Con el fin de evaluar que el entrenamiento de estas habilidades haya tenido un impacto, lo ideal es que se realice una pre evaluación, intervención, pos evaluación y un seguimiento tres meses después de haber culminado el programa.

De esta manera, se podrá evaluar qué niveles tenían los adolescentes al inicio, si el programa fue exitoso para desarrollar estas habilidades (si hubo cambios estadísticamente significativos entre el desempeño inicial y al final del programa) y si estas habilidades permanecieron a través del tiempo.

8.4 Procedimiento

Debido a los bajos niveles de desempeño en las variables evaluadas, se considera necesario que el programa de intervención considere lo siguiente:

- **Creencias:** Se debe enseñar a los adolescentes a identificar las creencias propias de su contexto y cómo estas regulan su conducta individual, desde cómo vestir hasta el decidir si utilizar condón o no. Además, se debe enseñar a cómo modificarlas. Esto se puede enseñar mediante ejemplos y dinámicas en donde los adolescentes identifiquen qué conductas realiza cada sexo y cómo es que las pueden modificar, haciendo énfasis en cómo esto también se refleja en conductas sexuales.
- **Información sobre los métodos anticonceptivos:** Se debe dar la información sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles actualmente y mostrarlos de manera física (si es el caso) o enseñarles a cómo utilizarlos (como el poder identificar los días fértiles del ciclo menstrual). Se debe hacer un énfasis en sus posibles efectos y mencionar que los hombres también deben conocer esta información, aun cuando ellos no utilicen todos los métodos. Esta información se puede dar mediante la explicación verbal de cada uno y la entrega de los métodos anticonceptivos. Se puede incluir una dinámica en la que los adolescentes decidan cuál sería el mejor método para ellos y diseñar un plan para comenzar a utilizarlo. Finalmente, se debe promover el uso del implante subdérmico y sus ventajas.
- **Uso correcto del condón:** Se debe dar la información pertinente sobre las condiciones bajo las cuales se debe guardar un condón. Para que los adolescentes aprendan a colocar y retirar correctamente un condón, cada

participante debe tener un pene de enseñanza y varios condones. Primero, se les debe explicar mediante la colocación y retiro de un condón cómo se debe hacer mediante los ocho pasos. Posteriormente, ellos deberán hacerlo mediante la manipulación de un condón con el apoyo del pene de enseñanza, repitiendo en voz alta cada uno de los pasos para su correcta utilización. Se deben seleccionar a los participantes que se desempeñaron peor en esta prueba para que pasen al frente a colocarlo y que sus compañeros den retroalimentación sobre qué pasos realizó correctamente y cuáles no.

- **Factores situacionales (autocontrol):** Primero se debe explicar a los adolescentes cómo algunos factores situacionales pueden hacer más o menos probable el realizar ciertas conductas. Posteriormente, se debe explicar cómo estos factores pueden hacer más o menos probable un encuentro sexual. Una vez que los adolescentes comprendan estos factores, deberán pensar en aquellos que pueden hacer menos y más probable usar el condón. Finalmente, se deben dar estrategias grupales e individuales sobre cómo alterar dichos factores y siempre tener una relación sexual con condón o evitar dicha relación. Se debe hacer énfasis en los factores que más regulan a los hombres y a las mujeres, como puede ser el grado de excitación y el que su pareja sexual sea su novio/a.
- **Habilidad para iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad y habilidad de negociación del uso del condón:** Para promover el desarrollo de estas dos habilidades, primero se debe explicar sobre los componentes ideales. Posteriormente, se deben hacer demostraciones sobre qué argumentos se pueden utilizar para convencer a la pareja a utilizar el condón para que posteriormente los participantes se unan en parejas y practiquen. Es importante que varias parejas hagan ensayos frente a sus compañeros, para que ellos den retroalimentación. Se debe hacer un énfasis en la negociación en el caso de las mujeres y también se debe explicar cómo el evitar estar en una situación violenta, como el negociar el uso del condón antes de comenzar la relación sexual e incluso

platicar sobre esto en una situación no sexual, para que las mujeres puedan identificar si sus parejas se tornarían violentas y evitar situaciones que las pongan en riesgo.

- **Integración de habilidades:** Con el fin de que los adolescentes refuercen las habilidades aprendidas, es deseable que, en parejas, realicen un plan sobre cómo podrían aplicar todas las habilidades en una situación posible. En este caso, se deben dar unos minutos para que los adolescentes se organicen, identifiquen los factores que hacen más probable un encuentro sexual y hagan un repaso general de lo aprendido. Posteriormente, cada pareja deberá pasar, mencionar los factores que identificaron y cómo alterarlos, simular hablar sobre métodos anticonceptivos, negociar el uso del condón con su pareja, colocar y retirar el condón (con el apoyo de un pene de enseñanza) mientras su pareja espera y hacer comentarios finales. Mientras tanto, sus compañeros deberán dar retroalimentación. Cada integrante de la pareja deberá pasar por la misma situación.

Se sugiere que el programa de intervención comience unos días después de la evaluación, con el fin de hacer análisis descriptivos y comparativos e identificar aquellos elementos en el que los adolescentes se desempeñaron peor, para que se trabaje más en esto durante el programa. Por ejemplo, el método del que menos conocen, los factores situacionales que regulan más el uso del condón en el caso de los hombres, etc.

El programa deberá contener toda la información en fichas. Dichas fichas deberán ser entregadas al final de cada módulo, para que los adolescentes puedan consultar la información.

También se sugiere que el programa se realice por módulos, de tal forma que los adolescentes deban cumplir un criterio para poder continuar. Se debe incluir un espacio para preguntar individuales.

De manera ideal, se deberá incentivar la participación a las evaluaciones, la participación al programa y la participación durante las sesiones mediante puntos, de tal manera que se realice un sorteo en el que el número de puntos sea

el número de boletos y, quien tenga más puntos, tenga más probabilidades de ganar algún premio.

Por último, se sugiere un registro que permita a los adolescentes evaluar qué elementos estuvieron en juego en encuentros sexuales, por ejemplo, qué factor fue el más difícil de superar para usar el condón, qué fue lo que hizo no exitoso el poder negociar su uso o si sencillamente habían sido hábiles para predecir que iban a tener una situación en la que podían tener encuentros sexuales. De esta forma, cada adolescente podrá analizar qué factores son más importantes para él/ella, establecer mejores estrategias para alterarlos y así utilizar el preservativo y finalmente entregar dichos registros de manera anónima para poder evaluar el uso del condón.

8.5 Análisis de resultados

Para el análisis de resultados, se considera pertinente hacer una evaluación de los participantes en general y en función del sexo, como la realizada en el presente estudio. Que, naturalmente, se comparen las medidas de la pre y post evaluación, con el fin de evaluar si el programa fue exitoso para desarrollar las habilidades deseadas y que se incluya un seguimiento tres meses posteriores a la post evaluación. Además, podría considerarse una evaluación individual que permita analizar no solo el cambio en las medias grupales, sino el cambio de cada uno de los participantes. Finalmente, se sugiere que se realice un análisis predictivo para evaluar si las variables son predictoras del uso del condón.

8.6 DISCUSIÓN

El objetivo del presente trabajo fue evaluar las variables predictoras del uso del condón y diseñar un programa de competencias para promover conductas sexuales en adolescentes desde el Modelo Psicológico de la Salud Biológica (Ribes, 2018). La discusión se presenta en cuatro apartados que involucran los resultados concernientes al debut y conducta sexual, los niveles de desempeño y

conocimiento de cada una de las variables evaluadas, las correlaciones entre dichas variables y el análisis de los programas de intervención.

8.6.1 Debut y conducta sexual

Referente a la proporción de adolescentes que reportaron haber iniciado su vida sexual (33%), los resultados aquí presentados concuerdan con los de otros autores (Pérez-Blanco & Sánchez-Valdivieso, 2020; Robles & Díaz-Loving, 2011; Villalobos et al., 2017), quienes encontraron que alrededor del 30% de sus participantes habían iniciado su vida sexual. Estos resultados también coinciden con los reportados por la ENSANUT (Gutiérrez et al., 2013), que reportaba que el 25.5% de los hombres entre 12 y 19 años había iniciado su vida sexual en comparación con el 20.5% de las mujeres. El que cada vez más adolescentes comiencen su vida sexual en esta etapa podría deberse a los medios de comunicación, que cumplen un papel relevante actualmente y en especial en esta población sobre los nuevos roles de género que se deben cumplir, incluido el aspecto sexual. Lamentablemente, la presión social por tener relaciones sexuales aumenta a una velocidad mayor en comparación con los esfuerzos por el gobierno para promover el uso de anticonceptivos, lo cual resulta en un riesgo.

En lo que concierne a la edad de debut sexual, nuestros resultados contrastan con lo encontrado con Rivera-Rivera et al. (2016) pues, aunque la edad promedio nacional de debut sexual se estimaba que era de 16 años, con edades promedio de 15 y 16 años en hombres y mujeres respectivamente, los aquí reportados son de 14.64 y 15.08 años. Esto aportaría evidencia con respecto a lo que mencionan otros autores (Colomer & GrupoPrevInfaad/PAPPS Infancia y Adolescencia, 2013; ENJ, 2012; Gutiérrez et al., 2013; Menkes & Suárez, 2003; Rivera-Rivera et al., 2016; Sánchez-Meneses et al., 2015) en cuanto a que la edad de debut sexual ha disminuido a lo largo del tiempo.

Resulta interesante que el número de parejas sexuales entre hombres y mujeres de este estudio ($M = 2.59$; $DE = 2.223$) haya sido similar, pues culturalmente a los hombres se les exige tener una vida sexual activa antes y más numerosa (Menkes & Suárez, 2003; Rivera-Rivera et al., 2016). Lo anterior podría

sugerir que la vida sexual en función del sexo ya no es tan distante como antes, ya que, al encontrar edades similares de debut sexual, proporciones iguales y número de parejas sexuales similares, la vida sexual para las mujeres podría verse como algo socialmente aceptable y no únicamente para el sexo masculino como anteriormente se consideraba. No obstante, esto también se puede ver influenciado por el nivel de estudio y aspectos culturales, dado que Piña y Rivera (2009) encontraron que las mujeres de educación superior reportaban un número significativamente mayor de parejas en comparación con los hombres, ambos de la ciudad de Hermosillo, Sonora.

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos, la ENADID ha registrado un aumento en su uso en la primera relación sexual (de 54.8% en 2014 a 59.9% en 2018). En este estudio se reportó un 74% de participantes sexualmente activos que usó el condón, lo que sugiere que el aumento del uso de métodos anticonceptivos es constante. Además, se encontraron resultados consistentes con los reportados por otros estudios (Robles & Díaz-Loving, 2011; Villalobos et al., 2017) en cuanto a que los hombres usaron más consistentemente el condón en comparación con las mujeres.

Con respecto a cuáles métodos anticonceptivos habían utilizado alguna vez los adolescentes, también se encontraron consistencias con otros autores (Colomer & GrupoPrevInfaad/PAPPS Infancia y Adolescencia, 2013; INEGI, 2015; Menkes & Suárez, 2003; Montenegro-Pereira et al., 2005; Pérez-Blanco & Sánchez-Valdivieso, 2020; Sánchez-Meneses et al., 2015; Villalobos et al., 2017) al observarse que el condón masculino sigue siendo el método más utilizado, seguido del método del coito interrumpido y el uso de pastillas anticonceptivas. Aunque el implante subdérmico es un método ampliamente recomendado para adolescentes, ya que es uno de los métodos más efectivos actualmente, tiene una larga duración, es discreto y no requiere de disciplina estricta (CONAPO, 2015; Montenegro-Pereira et al., 2005; Peláez, 2016; Shuiling & Likis, 2013), fue el método anticonceptivo del que menos conocían y que nadie reportó haberlo utilizado, consistente con lo encontrado por otros autores (Pérez-Blanco & Sánchez-Valdivieso, 2020).

Resulta preocupante que cerca del 50% de los participantes había utilizado en alguna ocasión la pastilla anticonceptiva de emergencia, lo que sugiere que estos adolescentes no habían utilizado algún método anticonceptivo antes o en el momento de la relación sexual, o pudieron tener fallas en el momento de utilizar algún otro método, como el condón masculino, situación que los llevó a utilizar la pastilla anticonceptiva de emergencia.

Lo anterior resalta la necesidad de tener información sobre cómo usan los métodos anticonceptivos los adolescentes y no únicamente la información que pueden identificar sobre ellos. Un ejemplo de esto es el estudio de Robles et al. (2014), en el que evaluaron, en jóvenes universitarios, diferentes indicadores del uso del condón y encontraron una habilidad deficiente del uso del condón en el momento de solicitar a los participantes que lo colocaran en un modelo de enseñanza, pero cuando se les preguntó, a través de un instrumento de autorreporte, la frecuencia de fallas que habían tenido al usar el condón durante el acto sexual, reportaron una frecuencia muy baja. Encontrar que los adolescentes reportan un alto uso del condón, pero que no tienen una habilidad para usarlo correctamente podría sugerir el por qué en este caso los participantes reportaron un alto uso de la PAE, aunque lo más importante de este punto es que refleja la necesidad de contar con programas de intervención que consideren un entrenamiento en esta habilidad para usar de manera correcta un preservativo durante el acto sexual.

8.6.2 Nivel de habilidad en variables psicológicas

Respecto al desempeño en general de los adolescentes en la *Prueba de conocimientos de métodos anticonceptivos*, se encontraron resultados consistentes con Amaro et al. (2010), Jiménez y Vilchis (2016), Menkes et al. (2006), Romero (2012) y Sánchez-Meneses et al. (2015), pues alrededor del 60% ($n = 141$) de los participantes obtuvieron menos del 50% de respuestas correctas en toda la prueba y solo alrededor del 4% ($n = 10$) obtuvieron más del 70%. Cabe mencionar que en los estudios de Jiménez y Vilchis (2016) y Romero (2012) los

participantes fueron estudiantes de secundaria. Empero, estos resultados no fueron congruentes con los encontrados con León y Gómez (2018) y Pérez-Blanco y Sánchez-Valdivieso (2020), probablemente porque la mayoría de los ítems de las pruebas de los autores citados resultaron muy fáciles para los participantes en ambos estudios, lo que confirmaría la necesidad de desarrollar una prueba adecuada para los adolescentes que recopile la información pertinente para ellos.

Además, estos niveles de conocimiento fueron diferentes en función de qué tipo de información sobre los métodos anticonceptivos se solicitaba. Los porcentajes de respuestas correctas fueron similares en los participantes entre sus *características y uso*, pero no así con respecto a la *eficacia, ventajas y desventajas*. El hecho de que el porcentaje de respuestas correctas fuera diferente señala que no poseen la información completa y adecuada de dichos métodos.

En un análisis detallado, se observó que los ítems en donde más respondieron “no sé” fueron los relacionados a las desventajas de las pastillas anticonceptivas y qué hormonas tenían, qué era un diafragma, qué es un implante subdérmico y los efectos del espermicida. Es causa de preocupación que los adolescentes desconozcan los efectos de los métodos hormonales, como lo son las pastillas anticonceptivas, que es un método hormonal ampliamente promovido y comercializado, y el hecho de que las utilicen sin prever estos efectos puede generar que dejen de utilizarlas.

En este orden de ideas, también se observa que los adolescentes desconocen el implante subdérmico, lo cual coincide con lo encontrado por Amaro et al. (2010), haciendo evidente la gran falta de información y promoción de este método, como lo señala la ENAPEA (CONAPO, 2015), que cuenta con la ventaja de que puede ser utilizado por adolescentes por hasta 5 años, requiere poca disciplina por parte de la usuaria (contrario a las pastillas, por ejemplo, que requieren que la usuaria las tome diariamente a la misma hora) y es uno de los métodos más eficaces de todos (OMS, 2011; Peláez, 2016; Shuiling & Likis, 2013).

Con respecto al uso del condón masculino, se obtuvieron dos tipos de medida para su evaluación: auto informe y observación directa. En el caso de la

prueba de *conocimientos sobre el uso correcto del preservativo* se encontraron resultados similares a los encontrados por Robles et al. (2014) con jóvenes universitarios, al obtener alrededor del 50% de las respuestas correctas en toda la prueba. En cuanto a la *habilidad del uso correcto del condón*, estos resultados contrastan con los encontrados por Rodríguez et al. (2009) y Robles et al. (2014), debido a que el desempeño promedio fue menor en este estudio, sin embargo, se encontraron resultados similares con los reportados por Sánchez et al. (2016). Las diferencias con los resultados de los primeros dos estudios pudo deberse a que los participantes eran mayores de edad y en uno de dichos estudios todos los participantes tenían experiencia sexual, lo que implicaría que los resultados no fueran comparables, pues como también se observa, hubo una diferencia significativa entre los que tenían experiencia sexual y los que no en el desempeño de esta habilidad, sugiriendo que aquellos que han tenido relaciones sexuales han tenido una mayor exposición al entrenamiento del uso del condón. Además, destaca que solo el abrir el paquete sin usar uñas o dientes fue el paso que más del 80% de los participantes realizaron correctamente, mientras que el resto de los pasos fueron realizados por menos del 50%, incluyendo el revisar la fecha de caducidad.

Cabe destacar que los participantes obtuvieron un porcentaje de respuestas correctas mayor cuando se midió el uso del condón a través del autorreporte que cuando se evaluó a través de la observación directa la habilidad para usarlo correctamente, lo que evidenciaría que el evaluar la habilidad directamente ofrece resultados más precisos y confiables con respecto a su uso. Aunque lo anterior no significa que la habilidad de su uso deba ser el único indicador a evaluar, pues si bien una persona es hábil para colocarlo, puede incurrir en un error al exponerlo al sol, colocar un condón masculino y femenino al mismo tiempo o colocarlo una vez iniciada la relación sexual. Ejemplo de ello, son los resultados de otros estudios (Callejas et al., 2005; Jiménez & Vilchis, 2016) en los cuales se describen un alto porcentaje de declaraciones de saber utilizar un condón mediante resolución de encuestas.

En cuanto al nivel de autocontrol esta habilidad fue comprendida en este estudio como cualquier procedimiento realizado por el participante para modificar su propia conducta (Kazdin, 1989), es decir, se incluye la alteración de los factores disposicionales (M. de L. Rodríguez, 2013). En esta variable se encontraron resultados diferentes a los reportados por otros autores (Serrano & García, 2010), quienes señalan que los adolescentes poseen bajo nivel de autocontrol. Una posible explicación, es que existe una variedad de definiciones sobre lo que es autocontrol, por lo que otros estudios podrían estar midiendo constructos distintos, y por ello los resultados no podrían ser comparables.

Los factores disposicionales, que se entienden como aquellos que hacen más (o menos) probable una interacción en particular (M. de L. Rodríguez, 2013), y su relevancia con respecto al uso del condón, se evaluaron en este estudio mediante la escala de competencia preventiva del uso del condón. Estos factores cobran relevancia, ya que estudios previos (Piña, 2004; Piña & Urquidi, 2004; Urquidi & Piña, 2005) los caracterizaban como los más importantes para el uso del condón. Los resultados aquí encontrados en cuanto a que la mitad de los participantes era competente son congruentes con los reportados con Robles y Díaz-Loving (2011). Esto significa que solo la mitad de los participantes son capaces de utilizar condón en sus relaciones sexuales independientemente de la situación y los factores involucrados (sin importar el lugar, si su pareja es estable, etc.). Lo anterior es un riesgo, ya que los adolescentes reportan que hay factores que hacen menos probable que utilicen el condón y, si no son capaces de alterarlos, se expondrían a relaciones riesgosas. Un ejemplo de esto sería que, si un adolescente se encuentra bajo los efectos del alcohol o alguna droga, este factor puede ser decisivo para que no utilice el condón. En el caso de alguna mujer, el que la persona con quien va a tener relaciones sexuales sea su pareja estable hace menos probable que utilice el condón.

En cuanto a las habilidades de comunicación sexual asertiva, se encontraron resultados similares al estudio de Robles et al. (2006), en cuanto a que el nivel de habilidad para iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad es alto y la habilidad para negociar el uso del condón es baja. Estos

resultados también son consistentes con otros estudios (DiClemente & Wingood, 1995) al encontrar niveles bajos de negociación del uso del condón, aun cuando se evaluaron a través del autorreporte.

Esta medida a través de la observación directa ofrece más información sobre si los adolescentes en efecto pueden convencer con argumentos a su pareja para utilizar el condón, contrario a los otros estudios en donde solo se evaluaba mediante el autorreporte (Callejas et al., 2005; DiClemente & Wingood, 1995), ya que se puede observar si en efecto los adolescentes son capaces de negociar o incluso rechazar tener una relación sexual si su pareja no desea utilizarlo.

Finalmente, no solo se observó que un alto porcentaje de adolescentes reportó haber utilizado el condón durante toda su vida y en los últimos tres meses, sino que también reportaron utilizarlo correctamente durante el acto sexual, hallazgo similar al reportado por Robles et al. (2014). Sin embargo, pese a reportar utilizarlo correctamente, el bajo nivel de su habilidad para usar el condón correctamente podría indicar que lo reportado no es lo que sucede en realidad, es decir, que reportan utilizarlo mucho y bien, pero la evidencia señala que no llevan a cabo todos los pasos para su utilización correcta. Cabe mencionar aquí que el número de adolescentes a quienes se evaluó la habilidad del uso del condón fue menor en comparación con aquellos que respondieron la *escala de fallas del uso del condón en el acto sexual*, e incluso, las evaluaciones de la habilidad demostrada incluyeron a adolescentes sin experiencia sexual. Empero, los resultados de la habilidad del uso del condón de los adolescentes con experiencia sexual ejecutaron en promedio alrededor del 30% de los pasos ejecutados, lo cual reitera el supuesto de que los adolescentes reportan utilizarlo correctamente, pero su habilidad demostrada difiere de este autorreporte.

8.6.3 Diferencias en función del sexo y la experiencia sexual

Si bien los niveles en las habilidades y conocimientos de las variables evaluadas fueron bajos en la población en general, se encontraron diferencias en algunas variables en función del sexo y de la experiencia sexual de los participantes.

En cuanto a las diferencias en función del sexo en el nivel de conocimientos de métodos anticonceptivos, se encontraron resultados similares a otros autores (Callejas et al., 2005; Villalobos et al., 2017) al encontrar que las mujeres se desempeñaron mejor que los hombres en la prueba de manera general. Estas diferencias resaltan que las mujeres podrían tener un acercamiento mayor en torno a los métodos anticonceptivos hormonales o naturales, porque son principalmente ellas quienes los usan. Desafortunadamente, esto no debería ser así, ya que, sin importar que el hombre no sea quien utilice directamente los métodos, debería conocerlos. Esto se confirma al observar que no se encontraron diferencias entre sexos cuando la información que se demandaba era sobre el preservativo, pues pese a que las mujeres no lo utilizan directamente, la información sobre el condón masculino es ampliamente promovida en la población en general.

En cuanto a la competencia sexual, si bien no se encontraron diferencias en función del sexo en la escala en general, sí se observó que, en el caso de los hombres, el factor que regula más el uso del condón, en comparación con las mujeres, fue el haber ingerido alcohol o alguna droga, mientras que el factor más importante en el caso de las mujeres fue que la persona con quien tuvieran relaciones sexuales fuera su pareja estable. Esto se puede interpretar como el que la situación social como una relación de noviazgo regula más a las mujeres, mientras que a los hombres son los disposicionales del individuo.

Respecto a la habilidad para negociar el uso del condón, aunque las diferencias entre sexos no fueron estadísticamente significativas, el que los hombres tuvieran un mayor porcentaje en esta habilidad en comparación con las mujeres es consistente con lo reportado por Robles y Díaz-Loving (2011), quienes encontraron que las mujeres tenían una capacidad mediadora menor en comparación con los hombres, es decir, una menor habilidad para regular el comportamiento de sus parejas. Es necesario que los adolescentes, y en especial las mujeres, tengan esta capacidad mediadora, ya que son los hombres quienes utilizan el condón masculino y, si las mujeres no son capaces de prescribir las contingencias bajo las cuales se tienen relaciones sexuales, quedarán bajo las

contingencias establecidas de los hombres y, si ellos no desean utilizar condón, las mujeres con poca capacidad mediadora corren el riesgo de tener relaciones sexuales desprotegidas e incluso, de tener relaciones sexuales aun sin su consentimiento. Esto también resulta congruente con lo encontrado por Callejas et al. (2005), quienes reportaron que los hombres son más hábiles para comprar condones, es decir, poseen mayores habilidades sociales en el ámbito sexual.

En la habilidad de autocontrol no se encontraron diferencias en función del sexo, lo cual es contrario a lo encontrado en el estudio de Serrano y García (2010), aunque, nuevamente, estos resultados no son comparables debido a la diferencia en la definición de los constructos evaluados. Sin embargo, estos resultados sí fueron distintos a los encontrados por Pechorro et al. (2020), ya que en el estudio de dichos autores se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, siendo las mujeres las que tuvieron un nivel mayor de control de impulsividad. Las diferencias pudieron deberse a que los factores encontrados en la población portuguesa fueron distintos a los factores encontrados en la población mexicana.

Con respecto a las diferencias encontradas en función de la experiencia sexual de los participantes, se observó que, en conocimientos de métodos anticonceptivos, conocimientos sobre el uso del preservativo, habilidad del uso correcto del condón y la habilidad para iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad, aquellos adolescentes con experiencia sexual se desempeñaron mejor en comparación con aquellos sin experiencia, lo cual es congruente con lo reportado por Villalobos et al. (2017). Lo anterior significa que los adolescentes se enfrentan a sus primeras experiencias sexuales con menos habilidades y las desarrollan a medida que van teniendo más experiencias. Esto es uno de los aspectos más preocupantes, pues uno de los puntos en este estudio es la importancia de realizar promoción de la salud, en este sentido, implementar programas de intervención con adolescentes que no tienen experiencia, ya que se enfrentan a una nueva situación sin conocimientos ni habilidades y es hasta después de mucho tiempo que comienzan a mejorarlas. No obstante, estos adolescentes con experiencia siguen reportando niveles bajos en las

competencias mencionadas y es importante recordar que no hubo diferencias en la habilidad para la negociación del uso del condón, lo cual significa que, a pesar de ya haber estado en situaciones que involucran la negociación de su uso, su habilidad sigue siendo comparable a aquellos que no las han tenido.

Por último, es curioso encontrar que, en dos ítems del factor de conductas irreflexivas de la variable de autocontrol se encontró que aquellos participantes con experiencia sexual llevaban a cabo más conductas irreflexivas que aquellos sin experiencia. Aunque se requieren de más estudios, es de notarse que esto aporta evidencia respecto a que la tendencia de poder regular la conducta propia tiene una relevancia que merece mayor atención en cuanto al uso del condón.

8.6.4 Correlacionales

Con respecto a la correlación entre el nivel de conocimientos de métodos anticonceptivos y el uso del condón, otros estudios (Callejas et al., 2005; Piña & Urquidi, 2004; Robles et al., 2011; Urquidi & Piña, 2005; Villarruel et al., 2010) no habían encontrado correlación alguna. Sin embargo, en este estudio sí se encontró una correlación pequeña (Field, 2013) entre la categoría “uso” de conocimientos de métodos anticonceptivos y el índice de consistencia del uso del condón durante toda la vida. Esto tiene sentido, dado que, en esta prueba de conocimientos, estaba delimitada dicha categoría. Que exista una correlación entre estas dos variables de ninguna manera significa que una es la causa de la otra (Field, 2013), sino que, quienes sabían más sobre cómo utilizar los métodos anticonceptivos es porque, de hecho, los utilizaban.

Las correlaciones medias y una correlación grande (Field, 2013) entre la variable del uso del condón durante toda la vida y en los últimos tres meses (respectivamente) y el uso correcto del condón en el acto sexual también fue consistente con lo encontrado por otros autores (Robles et al., 2014), lo que significa que, quienes utilizan más el condón tienden a utilizarlo mejor.

La ausencia de correlación entre la habilidad del uso correcto del condón y el uso del condón es contraria a lo reportado por Robles et al. (2014), lo que señala que el conocer sobre los métodos anticonceptivos no significa que sean

hábiles al momento de manipular el condón masculino. La diferencia entre estos resultados puede deberse a que los participantes del estudio citado eran estudiantes de Universidad, es decir, había una mayor proporción de participantes con experiencia sexual. Tampoco en el estudio de Robles et al. (2006) se encontraron relaciones entre las habilidades del uso correcto del condón, habilidad para iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad y la habilidad para negociar el uso del condón con respecto al uso del condón, como ocurrió en el presente estudio. Esto se interpreta con que el desarrollar estas habilidades no significa necesariamente que lo van a utilizar. De hecho, podría sugerirse que, si los adolescentes tienen estas habilidades, es porque pueden rechazar relaciones sexuales en las que la persona no quiera utilizar el condón y, por ende, no tener la relación sexual y no utilizarlo. Es importante también recordar las limitaciones del número de participantes que fueron evaluados en las habilidades de observación directa, las cuales también suponen una posible causa.

En cuanto a las correlaciones entre variables, se encontraron resultados similares con los reportados por Robles et al. (2006), en cuanto a que la habilidad para iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad se correlacionara a un nivel medio (Field, 2013) con la habilidad del uso correcto del condón. También se encontraron consistencias con la correlación media (Field, 2013) entre los conocimientos de métodos anticonceptivos y la habilidad del uso correcto del condón con otros autores (Robles et al., 2014). Una vez más, esto podría indicar que las personas más experimentadas presentan estas correlaciones, porque se han expuesto a situaciones que han requerido el desarrollo de las habilidades de iniciar una conversación sobre sexualidad y el uso del condón.

Aunque no se encontró una relación significativa entre la competencia y el uso del condón, como en otros estudios (Robles & Díaz-Loving, 2007), sí se encontró una correlación grande (Field, 2013) con respecto a la habilidad de su uso. Esta relación negativa (a menor competencia, mayor habilidad del uso del condón), podría señalar que aquellos adolescentes que son más competentes en el terreno sexual son aquellos que menos se expusieron a encuentros sexuales, y, por ende, que no fueran tan hábiles al momento de usarlo (toda vez que se

encontró una relación positiva entre la habilidad del uso del condón y su uso). En otras palabras, un adolescente sería identificado como competente, cuando a pesar de los factores situacionales que podrían auspiciar una relación sexual, dicho adolescente no tiene este encuentro sexual. Por ejemplo, aun si un adolescente tuviera un grado de excitación muy alto, se encontrara bajo efectos de alguna droga o incluso estuviera en una relación de noviazgo, él o ella habrían rechazado el tener sexo por diferentes situaciones. Al no tener un encuentro sexual, no desarrollaron la habilidad del uso del condón.

Finalmente, en el autocontrol los resultados encontrados sobre la variable de *conductas irreflexivas* como predictora del uso del condón en las mujeres son similares a los encontrados por Pechorro et al. (2020), quienes también encontraron que la variable de sexo con protección se asoció con la impulsividad en el caso de las mujeres. Esto motiva a que en futuros estudios dicha variable sea considerada con respecto al uso del condón y, sobre todo, que sea manipulada.

8.1.5 Programa de intervención

El objetivo principal de la presente investigación doctoral fue realizar una propuesta de un programa de intervención, basada en los resultados que se obtuvieron de los análisis predictivos aquí presentados, los cuales señalaron niveles bajos en prácticamente todas las variables evaluadas y resaltaron el papel predictivo de las *conductas irreflexivas* en el uso del condón, solo en el caso de las mujeres.

La dimensión macrocontingencial, entendida como creencias que regulan a los adolescentes, en este caso, en función del género, ha sido contemplada por diversos programas, aunque a veces comprendida como “creencias hacia el uso del condón” (Robles et al., 2012; Sánchez et al., 2016) y no como la influencia que las creencias en función del género, ejercen en la regulación de la conducta de las personas (DiClemente & Wood, 1995; Gallegos et al., 2008; Robles et al., 2006; Sánchez et al., 2016; Villarruel et al., 2005). Es esta última concepción la que se

consideró pertinente considerar en el programa, toda vez que los roles de género se concretan en conductas como el rechazo al uso del condón por “pérdida de la virilidad” o la resignación a tener relaciones sexuales como el hombre lo demande “porque es obligación de la mujer”, por describir un par de ejemplos. La mirada de DiClemente y Wingood (1995) sobre cómo empoderar a las mujeres afrodescendientes habla sobre cómo se debe considerar el contexto en el que se encuentran las mujeres. En el presente estudio, el municipio de Ecatepec fue elegido al ser un municipio con altos índices de pobreza, violencia y feminicidios en el país, factores que permiten identificar cómo los adolescentes se encuentran en un ambiente en que los roles de género siguen considerando conductas violentas por parte de los hombres y de vulnerabilidad en caso de las mujeres.

Otro aspecto que se analizó para diseñar fue la relevancia que otros programas le han dado a la información como variable suficiente para lograr el uso de métodos anticonceptivos (Amaro et al., 2010; Callejas et al., 2005; Michielsen et al., 2012). Si bien la información es necesaria, pero no suficiente para lograr tal propósito, en el programa que hemos propuesto se dio énfasis en que los adolescentes conozcan no solo cuáles son los métodos, sino cómo se utilizan y sus posibles efectos. Aunque en los estudios de los autores antes citados no se detalla qué información se proporcionó a los participantes, en nuestra propuesta se resalta que los adolescentes conozcan todo sobre los métodos, en específico su uso y no solo la identificación de ellos. También se destaca la importancia de que los adolescentes interactúen con ellos, como en otros estudios se ha sugerido (Posada & Mora, 2015).

El enseñar mediante penes de enseñanza la correcta colocación del condón ha sido ya reportado en otros estudios (Robles, 2005; Robles et al., 2006; Robles et al., 2012; Sánchez et al., 2016) con excelentes resultados. La diferencia de los resultados aquí encontrados entre lo que los adolescentes conocían y lo que realmente eran capaces de hacer al tener el pene de enseñanza, revela que ellos necesitan practicar su uso correcto y no solo conocerlo. Por ello, resulta particularmente importante incluir en la propuesta de intervención un entrenamiento conductual de esta habilidad.

En cuanto a las habilidades de comunicación sexual asertiva, ya otros autores han señalado su importancia en la integración de los programas para los adolescentes (DiClemente & Wingood, 1995; Gallegos et al., 2008; Kudo, 2013; Oman et al., 2018; Pérez & Pick, 2006; Robles, 2005; Robles et al., 2006; Robles et al., 2011; Robles et al., 2012; Sánchez & Muñoz, 2005; Tortolero et al., 2010; Villarruel et al., 2005). En este estudio se hizo una sugerencia de considerar especialmente a las mujeres en la negociación del uso del condón, pues no solo su desempeño fue inferior al de los hombres, sino que otros estudios (Robles & Díaz-Loving, 2011) han encontrado que las mujeres son menos competentes para mediar el comportamiento de sus parejas. En cuanto a la manera de evaluar estas habilidades, si bien se analizaron sus componentes verbales y no verbales, el cumplir el criterio de éxito es aquello en lo que se debe prestar atención. Pensemos en una situación en que un hombre mayor propone tener relaciones sexuales a una mujer menor de edad. Aun cuando la mujer diera razones suficientes y ejecutara los componentes verbales y no verbales, la situación podría ponerla en riesgo y bastaría con que la mujer dijera “no” y se retirara, considerando que el hombre podría tornarse violento al observar que la mujer no cede ante su petición. También estos elementos deben ser considerados en el entrenamiento de estas habilidades, pues los adolescentes, y en especial las mujeres, deben ser capaces de evaluar el riesgo que corren si se rehúsan a cumplir con las peticiones de su pareja. Estas desventajas en el sexo femenino han sido ya reportadas por otros autores (Uribe et al., 2012).

La importancia de considerar los factores disposicionales en los programas de intervención ha sido prácticamente nula, salvo en el estudio de DiClemente y Wingood (1995), quienes evaluaron si la persona tenía un condón a la mano, Gallegos et al. (2008) al evaluar mediante un reactivo si podían controlar impulsos en el momento de la excitación, y en el caso de Oman et al. (2018) quienes consideraron que el lugar en el que se tuviera el encuentro sexual fuera en un lugar obscuro o que estuviera bajo el efecto del alcohol. Los programas no consideran los factores disposicionales, porque bajo los modelos que se han diseñado (cuando es el caso, ya que en algunos no se describe el modelo del cual

partieron), las variables más relevantes son la autoeficacia, las creencias o la conducta de colocar correctamente un condón. Sin embargo, desde el análisis contingencial se señala que toda conducta está regulada por factores situacionales. El estudio realizado por Robles y Díaz-Loving (2011) que tuvo como propósito evaluar la relevancia de los factores disposicionales en el uso del condón es un acercamiento por no solo evaluar, sino alterar dichos factores. En este caso, el programa considera el que los adolescentes primero identifiquen cómo los factores disposicionales regulan el que tengan encuentros sexuales y usen el condón y establezcan planes para poder modificarlos. De esta manera, el fin último es que, sin importar el tipo de pareja, el lugar, las propensiones, el/la adolescente sea capaz de utilizar el condón en cada una de sus relaciones sexuales. Spear (2012) ofrece evidencia sobre cómo el que los adolescentes sean impulsivos puede llevarlos a tomar decisiones riesgosas, como es el caso que aquí se señala.

El objetivo del programa de intervención aquí propuesto es que los adolescentes se expongan, en la medida de lo posible, a una situación “controlada” lo más parecida a la que pudieran encontrarse en alguna experiencia sexual más allá de brindarles información. También el poder integrar todas estas habilidades, con el fin de que puedan identificar y saber utilizarlas según la situación en la que se encuentren.

Finalmente, también parte importante de evaluar adecuadamente la eficacia de un programa de intervención (además de observar diferencias en las habilidades entrenadas) implica que el adolescente use el condón en todas y cada una de sus relaciones sexuales. Aunque en otros estudios se considera que modificar las intenciones de utilizar el condón es lo relevante (Gallegos et al., 2008; Robles et al., 2012; Sánchez et al., 2016), esto nos dice poco sobre el que los adolescentes de hecho lo utilicen. Desde esta perspectiva, “tener la intención” de ejecutar una conducta de ninguna manera implica ejecutarla. Es por esto por lo que se considera una medida aceptable el evaluar si utilizaron o no el condón o la proporción de ocasiones en que utilizaron el condón del total de sus relaciones

sexuales, como en otros estudios se ha evaluado (DiClemente & Wood, 1995; Robles et al., 2006).

8.1.6 Conclusiones finales

En este estudio se tuvo como premisa básica que la función de los factores disposicionales era crucial en el estudio y predicción del uso del condón. Se buscaba evaluar su relevancia como un factor crítico en el uso del condón, contrario a otros modelos que consideran que las intenciones o la información pueden ser suficientes para su uso. Aunque en otros estudios como el de Ballester et al. (2013), DiClemente y Wood (1995) y Oman et al. (2018) se intentaba ver la relevancia de estos factores evaluando si el nivel de excitación, el tener o no el condón o si se podía colocar en un lugar obscuro interferían con su uso, no se consideraba conceptualmente como un factor disposicional y solo se buscaba evaluar mediante un ítem. Desde esta perspectiva los factores disposicionales juegan un papel importante en conductas como el uso del condón y su investigación debe ser consistente, pues las configuraciones de un campo de interacción pueden determinar el que se desplieguen ciertas conductas.

Los altos niveles de autocontrol y su relación significativa con el uso del condón aportan evidencia a la hipótesis de que el autocontrol promueve conductas preventivas de salud (Daly et al., 2016; Rodríguez et al., 2013; Zúñiga, 2006). Lo anterior se puede deber a que se ha comprobado que esta técnica puede modificar tendencias (M. de L. Rodríguez, 2013), lo que implica que una persona pueda desplegar conductas independientemente del contexto en el que se encuentre.

El hecho de observar que los adolescentes demostraban una pobre habilidad para el uso correcto del condón, su negociación e incluso los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en general, se agrega que la mitad de ellos reportaron no ser competentes para usar el condón si algunos factores disposicionales se alteraban. Lo anterior significa que observamos a adolescentes que reportan utilizar el condón en una alta proporción de sus

relaciones sexuales, pero que lo hacen mal y que, aun si tuvieran la habilidad de colocarlo y negociarlo, la simple alteración de un factor disposicional como el estar excitado (en el caso de los hombres) o el tener una relación sexual con su pareja estable (en el caso de las mujeres), pone en riesgo que los adolescentes lo utilicen. Es aquí en donde radica la relevancia de estos factores, pues de poco sirve la habilidad de colocar el condón correctamente si el adolescente se encuentra bajo una propensión biológica, como el estar excitado, que le impide desplegar dicha habilidad.

Además, la trascendencia que implica el intervenir de manera temprana, antes de que tengan relaciones sexuales para que, como otros autores ya lo han señalado (Callejas et al., 2005; Kudo, 2013; Uribe et al., 2012; Villalobos et al., 2017; Villarruel et al., 2010), el protegerse desde la primera relación sexual aumente las posibilidades de que se sigan protegiendo en relaciones posteriores, es decir, que se desarrolle una tendencia.

Los resultados sobre las diferencias entre el desempeño de los adolescentes con y sin experiencia respaldan la premisa básica de la mirada conductual, que señala que se debe exponer a los adolescentes para que desarrollen la competencia por una simple y sencilla razón: la competencia se entiende como algo que es posible hacer, porque se ha hecho antes (Ribes, 2006). En este sentido, y aunque pareciera exagerado o incluso “amoral”, en la medida en que los adolescentes practiquen en situaciones controladas que más se asemejen a las que podrían estar expuestos, más competentes serán para utilizar el condón una vez que dicha situación se presente. Es por ello por lo que en la propuesta de programa de intervención se busca que los adolescentes realicen ensayos en situaciones simuladas y se propone que la última sesión sea una situación simulada que integre el mayor número de requerimientos posibles para que los adolescentes lo realicen. Sin olvidar el aspecto individual, los adolescentes podrán practicar en privado la situación que más se asemeje a lo que podrían vivir.

Finalmente, como bien se describió a lo largo de esta tesis, existen factores sociales, psicológicos y biológicos involucrados en el uso del condón. El

análisis y la delimitación de los factores psicológicos involucrados en el uso del condón fue posible al tener un modelo congruente teóricamente, que delimita lo psicológico de lo biológico. Además, que se debe tener claro cómo la ciencia básica y la aplicada requiere de objetivos y metodologías distintas. En este caso, el uso de la metodología del análisis contingencial supone una herramienta útil en el análisis y alteración de los elementos individuales pertinentes para el cambio de la conducta.

Si bien este estudio se enfocó en la dimensión psicológica del uso del condón, esto de ninguna manera significa que no se reconoce la importancia de los factores sociales y biológicos, aunque esto no signifique que sea la labor del psicólogo alterar directamente dichos factores. Cabe señalar que, en este caso, se consideró la dimensión macrocontingencial, en la que no se busca analizar el aspecto social en su totalidad, pero sí se consideró en tanto que a los hombres y mujeres se les exigen distintos comportamientos incluso en el terreno sexual.

El uso del condón, como toda conducta, involucra distintos factores, pero la delimitación y propia intervención de los profesionales pertenecientes a estos factores es vital para que esto suceda y que los adolescentes, lejos de sentirse privados de la aplicación de sus derechos sexuales, sean apoyados. Es poco probable que factores tan complejos como los sociales se vean cambiados con el fin de cumplir este propósito, pero esto no impedirá que dichos factores sean al menos aquí señalados.

8.1.7 Limitaciones del estudio

La principal limitación del estudio fue ocasionada debido a la emergencia sanitaria mundial por SARS-CoV-2, ocurrida durante del periodo 2020-2022. La presente investigación doctoral se desarrolló en este periodo, lo cual limitó gravemente el contacto con adolescentes desde la etapa de evaluación. Debido a ello, la muestra se vio limitada y no se pudieron evaluar a todos los adolescentes ni obtener más datos de otras escuelas. Además, el programa había sido originalmente diseñado para su aplicación, pero las condiciones no lo permitieron. Empero, el tamaño de

la muestra aquí estudiada no afectó la rigurosidad con la que se diseñó el estudio ni la metodología, ni mucho menos la interpretación de los resultados a la luz de la necesidad de evaluar las variables involucradas en el uso del condón en esta población e integrar dicha interpretación en el diseño del programa.

REFERENCIAS

- Águila, G., Díaz, J. A. & Díaz, P. M. (2017). Adolescencia temprana y parentalidad. Fundamentos teóricos y metodológicos acerca de esta etapa y su manejo. *MediSur*, 15(5), 694-700.
- Ajzen, I. (1985). From intention to actions: a theory of planned behavior. En J. Kul & J. Beckman (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Berlin: Springer-Verlag.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice Hall.
- Albarracín, D., Johnson, B. T., Fishbein, M. & Muellerleile, P. A. (2001). Theories of Reasoned Action and Planned Behavior as Models of condom use: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 127(1), 142-161.
- Aliño, M., López, J. R. & Navarro, R. (2006). Adolescencia. Aspectos generales y atención a la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(1).
- Allen-Leigh, B., Villalobos-Hernández, A., Hernández-Serrato, M. I., Suárez, L., De la Vara, E., De Castro, F., & Schiavon-Ermani, R. (2013). Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificación familiar en mujeres adolescentes y adultas en México. *Salud Pública de México*, 55(2), S235-S240.
- Amaro, F., Reyes, G., Palacios, L. & Cardoso, O. (2010). Intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes. *Archivo Médico de Camagüey*, 14(3).
- Arceo-Gómez, E. O. & Campos-Vazquez (2014). Teenage pregnancy in Mexico: evolution and consequences. *Latin American Journal of Economics*, 51(1), 109-146.
- Arévalo, M., Jennings, V., Nikula, M. & Sinai, I. (2004). Efficacy of the new TwoDay Method of family planning. *Fertility and Sterility*, 82(4), 885-892.

- Atienzo, E. E., Campero, D., Lozada, A. L. & Herrera, C. (2014). Aspiraciones educativas y familiares como condicionantes en la prevención de embarazos tempranos en México. *Salud Pública de México*, 56, 286-294.
- Azevedo, J. P., Favara, M., Haddock, S. E., López-Calva, L. S., Müller, M. & Perova, E. (2012). *Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos*. Washington DC: Banco Mundial-LAC. Recuperado de <http://documents.worldbank.org/curated/en/983641468238477531/pdf/831670WP0SPANI0Box0382076B00PUBLIC0.pdf>
- Backhoff, E., Larrazolo, N. & Rosas, M. (2000). Nivel de dificultad y poder de discriminación del Examen de Habilidades y Conocimientos Básicos (EXHCOBA). *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 2(1). Recuperado de <http://redie.uabc.mx/vol2no1/contenido-backhoff.html>
- Bahamondes, L., Brache, V., Ali, M. & Habib, N. (2018). A multicenter randomized clinical trial of etonogestrel and levonorgestrel contraceptive implants with nonrandomized copper intrauterine device controls: effect on weight variations up to 3 years after placement. *Contraception*, 98, 181-187.
- Ballester, R., Gil-Llario, M. D., Ruiz-Palomino, E. & Giménez-García, C. (2013). Autoeficacia en la prevención del SIDA: la influencia del género. *Anales de Psicología*, 29, 76-82.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. En R. J. DiClemente & J. L. Peterson (Eds.) *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions* (pp. 25-59). New York: Plenum.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Asian Journal of Social Psychology*, 2, 21-41.
- Barra, E. (2001). Modelos psicosociales para la promoción de salud y prevención de enfermedades. *Ciencia y Enfermería*, 7(2), 19-25.
- Beadnell, B., Baker, S. A., Rogers, M., Morrison, D. M., Huang, B. & Stielstra, S. (2008). The Theory of Reasoned Action and the role of external factors on

- heterosexual men's monogamy and condom use. *Journal of Applied Social Psychology*, 38(1), 97-134.
- Bearak, J., Popinchalk, A., Alkema, L. & Sedgh, G. (2018). Global, regional and subregional trends in unintended pregnancy and its outcomes from 1990 to 2014: estimates from a Bayesian hierarchical model. *Lancet Global Health*, 6, e380-e389. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30029-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30029-9).
- Bendezú, G., Espinoza, D., Bendezú-Quispe, G., Torres-Román, J. S., & Huamán-Gutiérrez, R. M. (2016). Características y riesgos de gestantes adolescentes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 62(1), 13-18.
- Bosompra, K. (2001). Determinants of condom use intentions of university students in Ghana: an application of the theory reasoned action. *Social Science and Medicine*, 52, 1057-1069.
- Burnett, S. & Blakemore, S. J. (2009) Functional connectivity during a social emotion task in adolescents and in adults. *European Journal of Neuroscience*, 29, 1294-1301.
- Cabrera, G., Tascón, J. & Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19(1), 91-101.
- Callejas, S., Fernández, B., Méndez, P., León, M. T., Fábrega, C., Villarín, A., Rodríguez, O., Bernaldo de Quirós, R., Fortuny, A., López de Castro, F. & Fernández, O. (2005). Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. *Revista Española de Salud Pública*, 79(5), 581-589.
- Campero, L., Atienzo, E. E., Suárez, L., Hernández, B. & Villalobos, A. (2013). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. *Gaceta Médica en México*, 149, 299-307.
- Casey, M. K., Timmermann, L., Allen, M., Krahn, S. & LaPlant, K. (2009). Response and Self-efficacy of condom use: a meta-analysis of this important element of AIDS education and prevention. *Southern Communication Journal*, 74(1), 57-78.

- CENSIDA (2018). El condón. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/prevencion/nueva/condon.html>
- Chiras, D. D. (Ed. 6) (2008). *Human biology*. Estados Unidos de América: Jones and Bartlett.
- Colomer, J. & Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia (2013). Grupo PrevInfad/PAPPS. Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia. *Pediatría Atención Primaria*, 15(59), 261-269.
- Conde-Agudelo, A., J. M. Belizán & C. Lammers (2005). Maternal-Perinatal Morbidity and Mortality Associated with Adolescent Pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192(2), 342–349.
- Consejo Nacional de Población (2008). Programa Nacional de Población. 2008-2012. Recuperado de <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/2008-2012>
- Consejo Nacional de Población (2015). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/documento-oficial-de-la-estrategia>
- Consejo Nacional de Población & Fondo de Población de las Naciones Unidas (s/f). Avances y retos en materia de salud sexual y reproductiva. En *Informe de Ejecución. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009. Síntesis Ejecutiva*. México.
- Consejo Nacional de Población & Fondo de Población de las Naciones Unidas (2009). *Informe de Ejecución. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009*. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Informe_de_Ejecucion_Programa_de_Accion_de_la_Conferencia_Internacional_sobre_la_Poblacion_y_el_Desarrollo_1994-2009
- Dahl, R. (2010) Pubertal development and behavior: Hormonal activation of social and motivational tendencies. *Brain Cognition*, 72(1), 66-72.
- Daly, M., Egan, M., Quigley, J., Delaney, L. & Baumeister, R. F. (2016). Childhood Self-control Predicts Smoking Throughout Life: Evidence from 21, 000 Cohort

- Study participants. *Health Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000393>.
- Deans, E. I. & Grimes, D. A. (2009). Intrauterine devices for adolescents: A systematic review. *Contraception*, 79, 418-423.
- DiClemente, R. J. & Wingood, G. M. (1995). A randomized controlled trial of an HIV sexual risk-reduction intervention for Young African American women. *274*(16), 1271-1276.
- Díez, M. & Díaz, A. (2011). Infecciones de transmisión sexual: Epidemiología y control. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13, 58-66.
- Doblado, N. I., De la Rosa, I. & Junco, A. (2010). Aborto en la adolescencia un problema de salud. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 36(3), 409-421.
- Dumontheil, I. (2015). Development on the social brain during adolescence. *Psicología Educativa*, 21, 117-124.
- Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (2009). Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica: panorama sociodemográfico de México: principales resultados / Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Consejo Nacional de Población. México: INEGI, c2011.
- Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2018). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018. Principales resultados. / Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México.
- Encuesta Nacional de la Juventud (2010). Encuesta Nacional de la Juventud. Resultados generales. Instituto Mexicano de la Juventud. México. Recuperado de https://www.imjuventud.gob.mx/imgs/uploads/Presentacion_ENJ_2010_Dr_Tuiran_V4am.pdf
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018. Presentación de resultados. Recuperado de https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf

- Escobar-Pérez, J. & Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27-36.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014. Informe operativo. Disponible en https://docs.google.com/viewer?url=https%3A%2F%2Fwww.inegi.org.mx%2Fcontenidos%2Fproductos%2Fprod_serv%2Fcontenidos%2Fespanol%2Fbininegi%2Fproductos%2Fnueva_estruc%2F702825075293.pdf
- Field, A. (Ed. 4) (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics. And sex and drugs and rock 'n' roll*. Londres: Sage.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M., Middlestadt, S. E. & Hitchcock, P. J. (1994). Using information to change sexually transmitted disease-related behaviors. An analysis based on the Theory of Reasoned Action. En R. DiClemente & J. Peterson (Eds.) *Preventing AIDS: theories and methods of behavioral interventions* (pp. 61-78). Nueva York: Plenum Press.
- Fisher, J. & Fisher, W. (1992). Changing AIDS-risk behavior, *Psychological Bulletin*, 3(3), 455-474.
- Fisher, J., Fisher, W., Misovich, S. J., Kimble, D. L. & Malloy, T. E. (1996). Changing AIDS-risk behavior: Effects on an intervention emphasizing AIDS risk reduction information, motivation and behavioral skills in a college student population, *Health Psychology*, 15(2), 114-123.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2009). *Seguimiento de los progresos en la nutrición de los niños y las madres*. Recuperado de https://www.unicef.org/spanish/publications/index_51656.html
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011). *La adolescencia. Una época de oportunidades. Estado mundial de la infancia 2011*. Recuperado de https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011_-_La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf

- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2013) *Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes*. Recuperado de: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ES-SWOP2013.pdf>
- Fonner, V. A., Armstrong, K. S., Kennedy, C. E., O'Reilly, K. R. & Sweat, M. D. (2014). School based sex education and HIV prevention in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 9(3), e89692. DOI:10.1371/journal.pone.0089692.
- Fundación Mexicana para la Salud A. C. (2011). *Guía de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS. Dirigida a personal de servicios de salud*. México. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/27258/guia_its.pdf
- Gallegos, C., Villarruel, A., Loveland-Cherry, C., Ronis, D. & Zhou, Y. (2008). Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Pública*, 50, 59-66.
- Ganatra, B., Gerdt, C., Rossier, C., Johnson, B. R., Tunçalp, Ö., Assifi, A., (...) & Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14; estimates for a Bayesian hierarchical model. *Lancet*, 390, 2372-2381.
- Geist, C., Aiken, A. R. A., Sanders, J. N., Everett, B. G., Myers, K., Cason, P., (...) & Turok, D. K. (2019). Beyond intent: Exploring the association of contraceptive choice with questions about Pregnancy Attitudes, Timing and How important is pregnancy prevention (PATH) questions. *Contraception*, 99, 22-26.
- Goldiamond, I. (1974). Toward a constructional approach to social problems: Ethical and Constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behaviorism*, 2, 1-84.
- González, D., Billings, D. L. & Ramírez, R. (2008) El aborto y la educación médica en México. *Salud Pública de México*, 50, 258-267.
- González, H. (2000). Aspectos teóricos para el estudio sociodemográfico del embarazo adolescente. *Frontera Norte*, 12(23), 65-85.

- Gutiérrez, J. P., Rivera, J., Shamah, T., Oropeza, C., Hernández, M. (2013). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. 2ª. Ed. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de: [file:///C:/Users/karla/OneDrive/Documentos/Doctorado/Revisados/Cap%C3%ADtulo%201%20-%20Adolescencia%20y%20salud/Emba/ENSANUT%20\(2012\).pdf](file:///C:/Users/karla/OneDrive/Documentos/Doctorado/Revisados/Cap%C3%ADtulo%201%20-%20Adolescencia%20y%20salud/Emba/ENSANUT%20(2012).pdf)
- Hubacher, D. (2014). Intrauterine devices & infection: Review of the literature. *The Indian Journal of Medical Research*. 140(1), 53-57.
- Huttenlocher, P. R. (1979). Synaptic density in human frontal cortex – developmental changes and effects on aging. *Brain Research*, 163, 195-205.
- Imamura, M., Tucker, J., Hannaford, P., Oliveira, M., Astin, M., Wyness, L., Bloemenkamp, K., Jahn, A., Karro, H., Olsen, J. & Temmerman, M. (2007). Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 17(6), 630-636.
- INEGI (2015). *Informe 2015. Actividades y resultados*. Recuperado de: <http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/transparencia/contenidos/doc/inf2015.pdf>
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (Ed. 2) (2016). *Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes*. México. Recuperado de <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/VIH/Divulgacion/cartillas/car-jovenes-2017.pdf>
- Jiménez, D. I. & Vilchis, E. (2016). *Nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos que tienen los alumnos de una secundaria Mexiquense*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Autónoma del Estado de México.
- Juraska, J. M., Sisk, C. L. & DonCarlos, L. L. (2013). Sexual differentiation of the adolescent rodent brain: hormonal influences and developmental mechanisms. *Hormones and Behavior*, 64, 203-210.
- Kaiser Family Foundation (2003). *National Survey of Adolescents and Young Adults: Sexual Health Knowledge, Attitudes and Behaviors*. Recuperado de

<https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/national-survey-of-adolescents-and-young-adults.pdf>

- Kazdin, A. E. (1989). La modificación cognitiva de la conducta y el autocontrol. En *Historia de la modificación de conducta*. España: Descleé de Brower Editores.
- Kearney, M. S. & Levine, P. B. (2014). Media influences on social outcomes: the impact of MTV's 16 and pregnant on teen childbearing. Documento de trabajo del NBER No. w.19795. National Bureau of Economic Research
- Kebodeaux, C. A. & Schwartz, B. I. (2018). Experience with intrauterine device insertion in never sexually active adolescents: A retrospective cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.033>.
- Klapwijk, E. T., Goddings, A. L., Burnett, S., Bird, G., Viner, R. M. & Blakemore, S. J. (2013). Increased functional connectivity with puberty in the mentalising network involved in social emotion processing. *Hormones and Behavior*, 64(2), 314-322.
- Kuder, G. F. & Richardson, M. W. (1937). The theory of the estimation of test reliability. *Psicometrika*, 2(3), 151-160.
- Kudo, Y. (2013). Effectiveness of a condom use educational program developed on the basis of the Information-Motivation-Behavioral skills model. *Japan Journal of Nursing Science*, 10, 24-40. DOI: 10.1111/j.1742-7924.2012.00207.x
- Lapeira, P., Acosta, D. & Vásquez, M. (2016). Conocimientos, creencias y prácticas de los adolescentes de la cultura caribe en anticoncepción. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1204-1209.
- León, F. & Gómez, D. (2018). Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimientos de sexualidad responsable en jóvenes. *Revista Española de Salud Pública*, 92, 1-15.
- Lin, P., Simoni, J. M. & Zemon, V. (2005). The Health Belief Model, sexual behaviors, and HIV risk among Taiwanese immigrants. *AID Education and Prevention*, 17(5), 469-483.

- Macaluso, M., Blackwell, R., Jamieson, D. J., Kulczycki, A., Chen, M. P., Akers, R., (...) & Duerr, A. (2007). Efficacy of the male latex condom and of the female polyurethane condom as barriers to semen during intercourse: A randomized control trial. *American Journal of Epidemiology*, 166, 88-96.
- Manhart, M. D., Duane, M., Lind, A., Sinai, I. & Golden-Tevald, J. (2013). Fertility awareness-based methods of family planning: a review of effectiveness for avoiding pregnancy using SORT. *Osteopathic Family Physician*, 5, 2-8.
- Markham, C. M., Tortolero, S. R., Fleschler, M., Shegog, R., Thiel, M., Baumler, E. R., Addy, R. C., Escobar-Chaves, S. L., Reininger, B. & Robin, L. (2012). Sexual risk avoidance and sexual risk reduction interventions for middle school youth: a randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health*, 50, 279-288.
- Marshall, (1978). Puberty. En Falkner, F. & Tanner, J. M. (Eds.) *Human growth* (p. 141-181). Estados Unidos de América: Plenum press.
- Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L. & Sosa, C. (2016). *El protocolo de investigación*. Trillas.
- Menkes, C. & Suárez, L. (2003). Sexualidad y embarazo en adolescentes en México. *Papeles de Población*, 9(35), 233-262. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14057425200300100011&lng=es&tlng=es.
- Menkes, C., L. Suárez, L. Núñez & S. González (2006). *La salud reproductiva de los estudiantes de educación secundaria y media superior de Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Puebla y San Luis Potosí*. Cuernavaca: CRIM-UNAM.
- Michielsen, K., Beauclair, R., Delva, W., Roelens, K., Van Rossem, R. & Temmerman, M. (2012). Effectiveness of a peer-led HIV prevention intervention in secondary schools in Rwanda: results from a non-randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 12, 729, 1-11.
- Montenegro-Pereira, E., Lara-Ricalade, R. & Velásquez-Ramírez, N. (2005). Implantes anticonceptivos. *Perinatología y Reproducción Humana*, 19, 31-43.
- Moreno, E. & Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de

- las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91-109.
- Nöstlinger, C., Nideröst, S., Gredig, D., Platteau, T., Gordillo, V., Roulin, C. (...) & Rojas, D. (2010). Condom use with steady partners among heterosexual people living with HIV in Europe: Testing the Information-Motivation-Behavioral Skills Model. *AIDS Patient Care and STDs*, 24(12), 771-780.
- Nunnally, J.C. & Bernstein, I.H. (1994). The Assessment of Reliability. *Psychometric Theory*, 3, 248-292.
- Oman, R. F., Vesely, S. K., Green, J., Clements-Nolle, K., & Lu, M. (2018). Adolescent pregnancy prevention among youths living in group care homes: A cluster randomized controlled trial. *American Journal of Public Health*, 108(S1), S38-S45.
- OMS (2011a). *Planificación familiar. Un manual mundial para proveedores*. Recuperado de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/es/
- OMS (2011b). *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. Sexta edición.
- OMS (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Segunda edición. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77079/9789243548432_spa.pdf;jsessionid=8E3C89013766589F58D851CC240F7DFB?sequence=1
- OMS (2015) *Proyecto de Estrategia Mundial del Sector Salud contra el VIH para 2016-2021*. Recuperado de: http://www.who.int/hiv/draft-hiv-strategy-2016-2021_es.pdf?ua=1
- OMS (2016). *Infecciones de transmisión sexual*. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- OMS (2018a) *Planificación familiar*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

- OMS (2018b). *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. Tercera edición.
- OMS (2018c). *VIH/SIDA*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- OMS (2020). *El embarazo en la adolescencia*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.
- ONUSIDA (2018). *Knowledge is power. Know your status, know your viral load*.
- ONUSIDA (2019). Página oficial, revisada el día 10 de Febrero de 2019 a través de <http://www.unaids.org/>
- Papalia, D. E., Duskin-Feldman, R., Martorell, G., Berber-Morán, E., Vázquez-Herrera, M., Ortiz-Salinas, M. E., & Javier-Dávila, J. F. (2012). *Desarrollo humano: Diane E. Papalia, Ruth Duskin Feldman y Gabriela Martorell; revisado por Emmanuelle Berber Morán y Maribel Vázquez Herrera; traducido por María Elena Ortiz Salinas y José Francisco Javier Dávila* (12a ed.). México D.F.: McGraw Hill.
- Paz, M., Herencia-Leva, A. & Uribe, A. F. (2009). Versiones fuerte y débil del modelo de información-motivación-habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 587-598.
- Pechorro, P., Pontes, C. DeLisi, M., Alberto, I. & Simões, M. R. (2020). Escala Breve de Autocontrol: Validação e Invariância numa Amostra de Jovens Portugueses. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 54(1), 5-17.
- Peláez, J. (2016). El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. *Revista Cubana de Obstetricia y ginecología*, 42(1), Recuperado de: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/41/19>
- Pérez-Blanco, A. & Sánchez-Valdivieso, E. (2020). Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y Salud Reproductiva en adolescentes mexicanos de medio rural. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 85(5), 505-515.
- Pérez, C. & Pick, S. (2006). Conducta sexual protegida en adolescentes mexicanos. *Revista interamericana de Psicología*, 40(3), 333-340.

- Piña, J. A. (2004). Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH-SIDA. *Anales de Psicología*, 20(1), 23-32.
- Piña, J. A. (2007). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo. *Universitas Psychological*, 7(1), 19-32.
- Piña, J. A., Lozano, D. I., Vázquez, P. & Carrillo, C. I. (2010). Motivos y uso de preservativo en estudiantes universitarios de Ciudad Juárez (México). *Anales de Psicología*, 26(1), 18-26.
- Piña, J. A. & Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: Algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychological*, 5, 669-679.
- Piña, J. & Rivera, M. (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. A. & Urquidi, L. E. (2004). Conductas de riesgo para la infección por VIH en adultos jóvenes con pareja regular. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 9(2), 227-236.
- Planned Parenthood (2012). Recuperado de www.plannedparenthood.org el 27 de marzo de 2018.
- Posada, M. & Mora, B. (2015). Conocimientos previos acerca de métodos anticonceptivos y su relación con conocimientos adquiridos después de una intervención educativa con simulador. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 28, 1-13.
- Reyes, D. & González, E. (2014). Elementos teóricos para el embarazo adolescente. *Sexualidad, salud y sociedad. Revista Latinoamericana*, 17, 98-123.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. (2006). Competencias conductuales: su pertinencia en la formación y práctica profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 23, 19-26.
- Ribes, E. (2008) *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. México: Trillas.

- Ribes, E. (2018). *El estudio científico de la conducta individual: Una introducción a la teoría de la psicología*. Manual Moderno.
- Ribes, E. & López, F. (1985). *Teoría de la conducta: Un análisis de campo y paramétrico*. Trillas.
- Rivera-Rivera, L., Leyva-López, A., García-Guerra, A., de Castro, F., González-Hernández, D. & De los Santos, L. M. (2016). Inicio de relaciones sexuales con penetración y factores asociados en chicos y chicas de México de 14-19 años de edad con escolarización en centros públicos. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 24-30.
- Robles, S. S. (2005). *Comunicación sexual asertiva y uso consistente del condón: programa de entrenamiento para prevenir la prevención del VIH/SIDA*. [Tesis de Doctorado]. UNAM.
- Robles, S. S. & Díaz-Loving, R. (Eds.) (2011). *Validación de la Encuesta Estudiantil sobre Salud Sexual (EESS)*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Robles, S. S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., Díaz, E., (...) & Hernández, R. (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. S., Moreno, D., Rodríguez, M. L., Díaz-González, E., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., (...) & Hernández, M. R. (2007). *Psicología y salud sexual*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Robles, S. S., Rodríguez, M., Frías, B., Moreno, D. (2014). Indicadores del uso eficaz del preservativo, *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(2), 244-258.
- Robles, S. S., Solano, R., Díaz, R., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M. & Barroso, R. (2012). Efectos de un programa de prevención de problemas de salud sexual sobre variables psicosociales y conductuales en adolescentes sin experiencia sexual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(3), 1129-1155.
- Rodríguez, J. (2013). *High adolescent fertility in the context of declining fertility in Latin America*. United Nations. Department of Economic and Social Affairs.

Nueva York. Recuperado de:
<https://www.un.org/development/desa/pd/fr/node/2652>

- Rodríguez, M. A. (2008). Factores de riesgo para embarazo adolescente. *Medicina UPB*, 27(1), 47-58.
- Rodríguez, M. de L. (2013). *Análisis contingencial*. FES-Iztacala.
- Rodríguez, M. de L. & Díaz González, E. (1999). El análisis contingencial y su aplicación en un problema psicológico. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 2.
- Rodríguez, M. de L., García, J. C., Rentería, A. & Nava, C. (2013). Efectos de una intervención psicológica en los niveles de glucosa en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16, 1262-1282.
- Romero, T. (2012). *Relación entre el nivel de conocimiento y la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos para adolescentes*. Tesis Diploma de Especialista en Medicina Familiar. UNAM.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335. Doi:10.1177/109019817400200403
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1994). *The Health Belief Model and HIV Risk Behavior Change*. *AIDS Prevention and Mental Health*, 5–24. Doi:10.1007/978-1-4899-1193-3_2
- Roth, E. (1986). *Competencia social: el cambio del comportamiento individual en la comunidad*. Trillas.
- Sánchez-Meneses, M. C., Dávila-Mendoza, R. & Ponce-Rosas, E. R. (2015). Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Atención Familiar*, 22(2), 35-38.
- Sánchez, M. & Muñoz, Al. (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., Enríquez, D. J. & Robles, S. S. (2016). Evaluación de un programa de intervención para promover la salud sexual en adolescentes mexicanos en conflicto con la ley. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 257-268.

- Sato, S. M., Shulz, K. M., Sisk, C. L. & Wood, R. I. (2008). Adolescents and androgens, receptors and rewards. *Hormones and behavior*, 53, 647-658.
- Schaalma, H., AARØ, L E., Flisher, A. J., Mathews, C., Kaaya, S., Onya, H., Ragnarson, A. & Klepp, K. (2009). Correlates of intention to use condoms among Sub-Saharan African youth: The applicability of the theory of planned behaviour. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(2 suppl.), 87-91.
- Scherf, K. S., Smith, J. M. & Delgado, M. R. (2013). The amygdala: An agent in adolescent neural networks. *Hormones and Behavior*, 64, 298-313.
- Secretaría de Salud (2001). Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, para la prevencion y control de las infecciones de transmision sexual. Diario Oficial de la Federación, 11 de Mayo de 2001.
- Secretaría de Salud (2004). Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/rm005ssa293.html> el día 3 de abril de 2018.
- Secretaría de Salud (2008). *Género y salud en cifras*. Recuperado: <https://www.gob.mx/salud%7Ccnegsr/documentos/revista-completa-genero-y-salud-en-cifras-volumen-6-no-3-septiembre-diciembre-2008>
- Serrano, M. E. & García, D. (2010). Inteligencia emocional: autocontrol en adolescentes estudiantes en el último año de preparatoria. *Multiciencias*, 10 (3), 273-280.
- Shuiling, K. & Likis, F. E. (2013). *Women's gynecologic health*. Jones and Bartlett Learning.
- Simmons, R. G., Sanders, J. N., Geist, C., Gawron, L., Myers, K. & Turok, D. K. (2018). Predictors of contraceptive switching and discontinuation within the first six months of use among HER Salt Lake study participants. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.12.022>.
- Spear, L. P. (2012). Adolescent Neurodevelopment. *Journal of Adolescent Health*, 52, S7-S13.

- Steinberg, L. (2000). We know some things: parent-adolescent relations in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11(1), 1-19.
- Steinberg, L. & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- Stern, C. (1997). El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica. *Salud Pública*, 39(2), 137-143.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., Luzzo, A. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72 (2), 271-324.
- Tinger, L., Chambers, R., Rosenstock, S., Lee, A., Goklish, N. & Larzerele, F. (2017). The impact of a sexual and reproductive health intervention for american indian adolescents on predictors of condom use intention. *Journal of adolescent health*, 60, 284-291.
- Tortolero, S. R., Markham, C. R., Fleschler, M., Shegog, R., Addy, R. C., Escobar-Chaves, L. & Baumler, E. R. (2010). It's your game: Keep it real: Delaying sexual behavior with and effective middle school program. *Journal of Adolescent Health*, 46, 169-179.
- Trussell, J. (2011). Contraceptive failures in the United States. *Contraception*, 83(5), 397-404.
- Trussell, J., Lalla, A. M., Doan, Q. V., Reyes, E., Pinto, L. & Gricar, J. (2009). Coast effectiveness of contraceptives in the United States. *Contraception*, 79(1), 5-14.
- Urbina, C. & Pacheco, J. (2006). Embarazo en adolescentes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 52(2), 118-123.
- Uribe-Alvarado, J. I., Andrade, P., Zacarías, X. & Betancourt, D. (2013). Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes, análisis diferencial por sexo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(2), 75-92.
- Uribe-Alvarado, J.I., Bahamón, M.J., Reyes-Ruíz, L., Trejos-Herrera, A. & Alarcón-Vásquez, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y práctica

- sexual protegida en jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(1), 203-211. DOI: 10.14718/ACP.2017.20.1.10
- Uribe, J. I., Amador, G., Zacarías, X. & Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10(1), 481-494.
- Urquidi, L. E. & Piña, J. A. (2005). Efecto de los conocimientos, creencias y motivos sobre el uso de condón en hombres. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(2), 369-380.
- Valdés, S., Essien, J., Bardales, J., Saavedra, D. & Bardales, E. (2002). Embarazo en la adolescencia. Incidencia, riesgos y complicaciones. *Revista Cubana de obstetricia y Ginecología*, 28(2), 84-88.
- Vargas, S. (2016). *Evaluación del conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes de la preparatoria No. 2 de la ciudad de Tulancingo de Bravo, Hidalgo*. Proyecto de Maestría. Escuela de Salud Pública de México.
- Vásquez, F., Hernández, F., Escobar, A., Vásquez, D., Orozco, E., Vizcaíno, I., Álvarez, M. & Carmona, Z. (2016). Presencia o ausencia de espermatozoides en el líquido preeyaculatorio. *Revista internacional de Andrología*, 14(3), 86-88.
- Vergara, M. C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso de salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 41-50.
- Villalobos, A., De Castro, F., Rojas, R. & Allen, B. (2017). Anticoncepción en adolescentes mexicanos de escuelas del nivel medio superior: uso y necesidades insatisfechas. *Salud Pública de México*, 59(5), 566-576.
- Villalobos-Hernández, A., Campero, L., Suárez-López, L., Atienzo, E. E., Estrada, F., De la Vara-Salazar, E. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública de México*, 57(2), 135-143.
- Villarruel, A. M., Jemmot, J. B. & Jemmot, L. S. (2006). A randomized controlled trial testing and HIV prevention intervention for latino youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(8), 772-777.

- Villarruel, A. M., Jemmott, L. S., & Jemmott, J. B. III (2005). Designing a culturally based intervention to reduce HIV sexual risk for Latino adolescents. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 16, 23–31.
- 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 Pública*, 27(5), 345-351.
- Volk, J. E. & Koopman, C. (2001). Factors associated with condom use in Kenya: a test of the Health Belief Model. *AIDS Education and Prevention*, 13(6), 495-508.
- Widman, L., Choukas-Bradley, S., Helms, S. W. & Prinstein, M. J. (2016). Adolescent susceptibility to peer influence in sexual situations. *Journal of Adolescent Health*, 58, 323-329.
- Zúñiga, A. (2006). *Toma de decisiones con relación al consumo de alcohol en los adolescentes*. [Tesis Doctorado]. UNAM.

ANEXOS

INSTRUMENTOS DE VALIDACIÓN DE PRUEBA DE CONOCIMIENTOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

FORMATO DE EVALUACIÓN DE JUECES EXPERTOS

NOMBRES Y APELLIDOS:

FORMACIÓN ACADÉMICA:

ÁREAS DE EXPERIENCIA PROFESIONAL: _____

INSTITUCIÓN: _____

Instrucciones:

A continuación, se presenta la definición e indicadores de los criterios de suficiencia, claridad, coherencia y relevancia que debe considerar para calificar cada ítem de la prueba.

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
<p>Suficiencia</p> <p>Los ítems que pertenecen a una misma dimensión (características, uso, eficacia, ventajas y desventajas) bastan para obtener la medición de ésta.</p>	<p>1 No cumple con el criterio</p> <p>2. Bajo Nivel</p> <p>3. Moderado nivel</p> <p>4. Alto nivel</p>	<p>- Los ítems no son suficientes para medir la dimensión.</p> <p>- Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total.</p> <p>- Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente.</p>

		- Los ítems son suficientes
<p>Claridad</p> <p>El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.</p>	<p>1 No cumple con el criterio</p> <p>2. Bajo Nivel</p> <p>3. Moderado nivel</p> <p>4. Alto nivel</p>	<p>- El ítem no es claro</p> <p>- El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de las mismas.</p> <p>- Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.</p> <p>- El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.</p>
<p>Coherencia</p> <p>El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.</p>	<p>1 No cumple con el criterio</p> <p>2. Bajo Nivel</p> <p>3. Moderado nivel</p> <p>4. Alto nivel</p>	<p>- El ítem no tiene relación lógica con la dimensión</p> <p>- El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión.</p> <p>- El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.</p> <p>- El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo.</p>
<p>Relevancia</p> <p>El ítem es esencial o importante, es decir debe</p>	<p>1 No cumple con el criterio</p> <p>2. Bajo Nivel</p>	<p>- El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión</p> <p>- El ítem tiene alguna</p>

ser incluido.	<p>3. Moderado nivel</p> <p>4. Alto nivel</p>	<p>relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.</p> <p>- El ítem es relativamente importante.</p> <p>- El ítem es muy relevante y debe ser incluido.</p>
---------------	---	---

De acuerdo con la información antes referida, califique el nivel de suficiencia, coherencia, relevancia y claridad de cada uno de los ítems. La prueba está conformada por 36 ítems en total, en los que se consideraron todos los tipos de métodos anticonceptivos: natural/no hormonal, hormonal, de barrera y de emergencia. Cada tipo de método anticonceptivo contiene preguntas de tres dimensiones: características del método, uso del método y eficacia, ventajas y desventajas del método. La respuesta correcta está resaltada en negritas. Para cada ítem se presenta un apartado para sugerencias, en caso de que las haya.

MÉTODOS NO HORMONALES

Dimensión	Ítem	Opciones de respuesta	Suficiencia	Coherencia	Relevancia	Claridad	Sugerencias
Características	¿Cuál es el método de "coito interrumpido"?	<p>1) No tener sexo</p> <p>2) Tener sexo ciertos días</p>					

Dimensión	Ítem	Opciones de respuesta	Suficiencia	Coherencia	Relevancia	Claridad	Sugerencias
		3) Retirar el pene de la vagina antes de eyacular.					
	¿Cuál es un ejemplo de doble protección?	1) Utilizar pastillas anticonceptivas y condón 2) Utilizar el condón masculino y el condón femenino al mismo tiempo 3) Abstenerse de tener sexo en días fértiles y uso de condón en días no fértiles					
	Los métodos anticonceptivos naturales consisten en...	1) Conocimiento de los días fértiles de la mujer 2) Procedimientos para que el esperma no entre en la vagina 3) Tomar cosas naturales (hierbas, tés,					

Dimensión	Ítem	Opciones de respuesta	Suficiencia	Coherencia	Relevancia	Claridad	Sugerencias
		etc.) para evitar un embarazo					
	¿Cuáles son algunos indicadores de los días fértiles?	<p>1) La mujer tiene dolor y aumenta su temperatura corporal</p> <p>2) La temperatura basal de la mujer aumenta y hay moco cervical</p> <p>3) La mujer tiene insomnio y suda en exceso</p>					
Uso	¿Qué se requiere para que el método de amenorrea de la lactancia sea efectivo?	<p>1) Solo que la mujer esté generando leche, incluso antes de tener al hijo.</p> <p>2) Que la mujer no esté amamantando a nadie.</p> <p>3) Que la mujer esté amamantando a su hijo y no sea mayor a 6 meses.</p>					
	¿Cuáles son los días fértiles del ciclo	<p>1) Los días de sangrado menstrual</p> <p>2) Los 5 días</p>					

Dimensión	Ítem	Opciones de respuesta	Suficiencia	Coherencia	Relevancia	Claridad	Sugerencias
	menstrual?	anteriores al sangrado menstrual 3) Los días intermedios del ciclo menstrual (del 8 al 19).					
Eficacia, ventajas y desventajas	¿De qué depende que los métodos anticonceptivos naturales sean eficaces?	1) De que se tengan relaciones sexuales en determinada posición sexual 2) De que la mujer identifique los días fértiles 3) De que la mujer tome medicamentos naturales antes de cada relación sexual.					
	¿Cuál es una desventaja de los métodos anticonceptivos naturales?	1) Al ser naturales, no son efectivos 2) Los médicos señalan que no se basan en evidencia científica 3) No protege contra infecciones de transmisión sexual					

MÉTODOS DE BARRERA

Dimensión	Ítem	Opciones de respuesta	Suficiencia	Coherencia	Relevancia	Claridad	Sugerencias
Características	¿Qué es un diafragma anticonceptivo?	1) Un aro que se coloca en el pene 2) Una barra que se introduce en la vagina 3) Un capuchón que cubre el cérvix					
	¿Cuál NO es un método anticonceptivo de barrera?	1) Diafragma 2) Condón masculino 3) Método de amenorrea de la lactancia					
	¿Qué son los espermicidas?	1) Barreras químicas que disminuyen la movilidad del espermatozoide o lo matan 2) Barreras químicas que disminuyen la cantidad de semen 3) Barreras químicas que cambian el nivel del pH de la vagina					
	¿Por qué la esterilización	1) Son los métodos más					

Dimensión	Ítem	Opciones de respuesta	Suficiencia	Coherencia	Relevancia	Claridad	Sugerencias
	masculina y femenina son considerados métodos anticonceptivos de barrera?	<p>eficaces de todos.</p> <p>2) Ambos consisten en métodos quirúrgicos (a través de cirugía)</p> <p>3) Ambos son procedimientos que consisten en impedir el paso de los espermatozoides.</p>					
	¿En qué consisten los métodos anticonceptivos de barrera?	<p>1) Métodos que impiden el paso del esperma</p> <p>2) Métodos que consisten en retirar el esperma de la vagina después de la penetración</p> <p>3) Métodos que consisten en abstenerse temporalmente de tener relaciones sexuales.</p>					
	¿Cuál es un método anticonceptivo de barrera?	<p>1) Método sintotérmico</p> <p>2) Método de Billings</p> <p>3) Condón femenino</p>					

Dimensión	Ítem	Opciones de respuesta	Suficiencia	Coherencia	Relevancia	Claridad	Sugerencias
Uso	Sobre el condón masculino, las personas alérgicas al látex...	1) Pueden usar el condón masculino sin problema 2) No pueden utilizar ningún tipo de condón masculino 3) Deben utilizar uno de otro material					
	¿Cuántas horas antes de una relación sexual puede colocarse un condón femenino?	1) 8 horas 2) 12 horas 3) 24 horas					
Eficacia, ventajas y desventajas	¿Cuál es el porcentaje de eficacia del condón masculino?	1) 100% 2) 99.9% 3) 98%					
	¿Cuáles son algunas ventajas del uso del condón masculino?	1) Solo previene el embarazo 2) Previene el embarazo, pero es poco eficaz contra infecciones de transmisión sexual 3) Protege contra infecciones de transmisión sexual y					

Dimensión	Ítem	Opciones de respuesta	Suficiencia	Coherencia	Relevancia	Claridad	Sugerencias
		previene el embarazo					
	¿Cuál es un posible efecto del uso del espermicida?	1) Irritación 2) Mal olor 3) Manchas en la piel					

MÉTODOS HORMONALES

Dimensión	Ítems	Opciones de respuesta	Suficiencia	Coherencia	Relevancia	Claridad	Sugerencias
Características	¿De qué manera funcionan la mayoría de los métodos anticonceptivos hormonales?	1) Simulando el embarazo mediante hormonas 2) Previendo la ovulación 3) Modificando la forma del útero					

Dimensión	Ítems	Opciones de respuesta	Suficiencia	Coherencia	Relevancia	Claridad	Sugerencias
	¿Cuál es un ejemplo de método anticonceptivo hormonal?	1) Capuchón cervical 2) Espermicidas 3) Parche anticonceptivo					
	¿Cuáles son las hormonas que se utilizan en los métodos anticonceptivos hormonales?	1) Tiroxina y dopamina 2) Testosterona y estrógeno 3) Estrógeno y progestina					
	¿Cuál es el implante subdérmico?	1) Una pequeña varilla que se coloca debajo de la piel 2) Una barra que se coloca en el útero 3) Un capuchón que se coloca en la vagina					
Uso	Un implante subdérmico puede durar...	1) Días 2) Meses 3) Años					
	¿Cuándo deben tomarse las pastillas	1) Los días en los que se tengan relaciones					

Dimensión	Ítems	Opciones de respuesta	Suficiencia	Coherencia	Relevancia	Claridad	Sugerencias
	anticonceptivas?	sexuales 2) Los primeros días del ciclo menstrual 3) Diario					
	¿En dónde NO se puede colocar el parche anticonceptivo?	1) En la parte superior del brazo 2) En los senos 3) En el torso					
Eficacia, ventajas y desventajas	¿Cuál es una de las desventajas de algunos métodos anticonceptivos hormonales?	1) Caída de cabello 2) Hipertensión 3) Aumento de peso					
	Algunos métodos hormonales pueden generar...	1) Que se deje de menstruar (ausencia de sangrado) 2) Hemorragia (sangrado abundante) 3) Quistes					
	¿Cuál es una de las ventajas de algunos métodos anticonceptivos hormonales?	1) Puede prevenir la formación de quistes en el ovario 2) No requiere					

Dimensión	Ítems	Opciones de respuesta	Suficiencia	Coherencia	Relevancia	Claridad	Sugerencias
		disciplina 3) No tiene efectos secundarios de ningún tipo					
	¿Qué tan eficaces son las pastillas anticonceptivas ?	1) 70% 2) 90% 3) >90% (más de 90%)					
	¿Cuál es una de las desventajas del uso de las pastillas anticonceptivas ?	1) Muerte 2) Ceguera 3) Náuseas					

PASTILLA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA

Dimensión	Ítems	Opciones de respuesta	Suficiencia	Coherencia	Relevancia	Claridad	Sugerencias
Características	¿De qué están hechas las pastillas anticonceptivas de emergencia?	1) Químicos reactivos 2) Altas concentraciones salinas 3) Hormonas de progestina y estrógeno					

Dimensión	Ítems	Opciones de respuesta	Suficiencia	Cohesividad	Relevancia	Claridad	Sugerencias
	¿Cuál es la manera en que funcionan las pastillas anticonceptivas de emergencia?	1) Desintegran al feto 2) Hacen que se expulse al producto 3) Previendo la fertilización o implantación					
Uso	La pastilla anticonceptiva de emergencia se toma...	1) En una sola toma 2) Tres tomas 3) De una o dos a tomas					
	El tiempo recomendable para tomarse la pastilla anticonceptiva de emergencia es dentro de las primeras...	1) 72 h 2) 150 horas 3) 180 horas					

Dimensión	Ítems	Opciones de respuesta	Suficiencia	Cohesividad	Relevancia	Claridad	Sugerencias
Eficacia, ventajas y desventajas	¿De qué depende la eficacia de una pastilla anticonceptiva de emergencia?	<p>1) El tiempo entre que se tuvieron las relaciones sexuales y el momento en que se tomó la pastilla</p> <p>2) La marca</p> <p>3) El momento del día en que se tuvieron relaciones sexuales</p>					

2

CLASIFICACIÓN FINAL DE ÍTEMS

CATEGORÍAS DE 34 REACTIVOS DE LA PRUEBA DE CONOCIMIENTOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

ÍTEM	CATEGORÍA	REACTIVO	NÚMERO DE OPCIÓN CORRECTA	RESPUESTA CORRECTA
1	MNAT-Carac	¿Cuál es el método de "coito interrumpido"?	3	Retirar el pene de la vagina antes de eyacular
2	MBAR-Uso	¿Cuántas horas antes de una relación sexual puede colocarse un condón femenino?	1	8 horas
	MHOR-Evd	¿Cuál es una de las desventajas del uso de pastillas	2	Náuseas

3		anticonceptivas anticonceptivos orales?	0	
4	MNAT-Carac	¿Cuál es un ejemplo de doble protección?	1	Utilizar pastillas anticonceptivas y condón
5	MBAR-Carac	¿Qué es un diafragma anticonceptivo?	1	Un capuchón flexible que cubre el cuello uterino
6	MNAT-Uso	Para que los métodos anticonceptivos naturales sean eficaces se debe de...	1	Conocer los días fértiles de la mujer
7	MNAT-Uso	¿De qué depende que los métodos anticonceptivos naturales sean eficaces?	2	De que la mujer identifique los días fértiles e infértiles del ciclo menstrual
8	MHOR-Uso	¿Cuándo deben tomarse las pastillas anticonceptivas?	3	Una pastilla por día, todos los días
9	MBAR-Carac	¿Qué son los espermicidas?	1	Barreras químicas que inmovilizan o destruyen a los espermatozoides
10	MNAT-Evd	¿Cuál es una desventaja de los métodos anticonceptivos naturales?	3	No protege contra infecciones de transmisión sexual
11	MNAT-Carac	¿Cuáles son algunos signos y síntomas de los días fértiles?	2	La temperatura de la mujer aumenta levemente y hay moco cervical transparente
12	MNAT-Uso	¿Qué se requiere para que el método de amenorrea de la lactancia sea efectivo?	3	Que la mujer esté amamantando y su hijo no sea mayor a 6 meses
13	MHOR-Carac	¿De qué manera funcionan la mayoría de los métodos anticonceptivos hormonales?	2	Evitando la ovulación

14	MPAE-carac	¿De qué están hechas las pastillas anticonceptivas de emergencia?	3	Hormonas levonorgestrel y etinil estradiol en mayor cantidad
15	MHOR-Carac	¿Cuál es un ejemplo de método anticonceptivo hormonal?	3	Parche anticonceptivo
16	MHOR-Uso	¿En dónde NO se puede colocar el parche anticonceptivo?	2	En el pecho
17*	MBAR-Evd	¿Cuál es el porcentaje de eficacia del condón masculino?	3	98%
18*	MBAR-Evd	¿Cuáles son algunas ventajas del uso del condón masculino?	3	Protege contra infecciones de transmisión sexual y previene el embarazo
19	MBAR-Carac	¿Por qué la esterilización masculina y femenina son considerados métodos anticonceptivos de barrera?	3	Impiden la entrada de los espermatozoides en el útero
20*	MPAE-Carac	La pastilla anticonceptiva de emergencia puede ser...	2	Una o dos pastillas
21	MPAE-Uso	El tiempo recomendable para tomarse la pastilla anticonceptiva de emergencia es dentro de las primeras...	1	72 horas
22	MHOR-Carac	¿Cuál es el implante subdérmico?	1	1) Una pequeña varilla flexible que se coloca debajo de la piel y tiene hormonas
23	MBAR-Carac	¿En qué consisten los métodos anticonceptivos de barrera?	1	Métodos que impiden el paso del esperma
24	MNAT-Uso	¿Cuáles son los días fértiles del ciclo menstrual?	3	Los días intermedios del ciclo menstrual (del 8 al 19)
25	MHOR-Carac	¿Cuáles son las hormonas que se utilizan en los métodos anticonceptivos hormonales?	3	Estrógeno y progestina

26	MHOR-Carac	Un implante subdérmico puede durar...	3	Años
27	MPAE-Uso	¿De qué depende la eficacia de una pastilla anticonceptiva de emergencia?	1	Tomarla lo más pronto posible después de tener relaciones sexuales sin protección
28	MBAR-Evd	¿Cuál es un posible efecto del uso del espermicida?	1	Irritación
29	MBAR-Uso	Las personas alérgicas al látex...	3	Pueden utilizar uno libre de látex
30	MBAR-Carac	¿Cuál es un método anticonceptivo de barrera?	3	Condón femenino
31	MHOR-Evd	¿Cuál es una de las desventajas de algunos métodos anticonceptivos hormonales?	3	Aumento de peso
32	MHOR-Evd	Una ventaja de algunos métodos anticonceptivos hormonales es...	1	Puede prevenir la formación de quistes en el ovario
33	MPAE-Carac	¿Cuál es la manera en que funcionan las pastillas anticonceptivas de emergencia?	3	Previendo la fertilización o implantación
34	MHOR-Evd	¿Qué tan eficaces son las pastillas anticonceptivas?	3	Más de 90%

* Ítems eliminados por proceso de validación.

PRUEBA DE CONOCIMIENTOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS FINAL

ÍTEM	CATEGORÍA	REACTIVO	NÚMERO DE OPCIÓN CORRECTA	RESPUESTA CORRECTA
1	MNAT-Carac	¿Cuál es el método de "coito interrumpido"?	3	Retirar el pene de la vagina antes de eyacular
	MBAR-Uso	¿Cuántas horas antes de una relación sexual puede colocarse un condón femenino?	1	8 horas

2				
3	MHOR-Evd	¿Cuál es una de las desventajas del uso de pastillas anticonceptivas o anticonceptivos orales?	2	Náuseas
4	MNAT-Carac	¿Cuál es un ejemplo de doble protección?	1	Utilizar pastillas anticonceptivas y condón
5	MBAR-Carac	¿Qué es un diafragma anticonceptivo?	1	Un capuchón flexible que cubre el cuello uterino
6	MNAT-Uso	Para que los métodos anticonceptivos naturales sean eficaces se debe de...	1	Conocer los días fértiles de la mujer
7	MNAT-Uso	¿De qué depende que los métodos anticonceptivos naturales sean eficaces?	2	De que la mujer identifique los días fértiles e infértiles del ciclo menstrual
8	MHOR-Uso	¿Cuándo deben tomarse las pastillas anticonceptivas?	3	Una pastilla por día, todos los días
9	MBAR-Carac	¿Qué son los espermicidas?	1	Barreras químicas que inmovilizan o destruyen a los espermatozoides
10	MNAT-Evd	¿Cuál es una desventaja de los métodos anticonceptivos naturales?	3	No protege contra infecciones de transmisión sexual
11	MNAT-Carac	¿Cuáles son algunos signos y síntomas de los días fértiles?	2	La temperatura de la mujer aumenta levemente y hay moco cervical transparente
12	MNAT-Uso	¿Qué se requiere para que el método de amenorrea de la lactancia sea efectivo?	3	Que la mujer esté amamantando y su hijo no sea mayor a 6 meses

13	MHOR-Carac	¿De qué manera funcionan la mayoría de los métodos anticonceptivos hormonales?	2	Evitando la ovulación
14	MPAE-carac	¿De qué están hechas las pastillas anticonceptivas de emergencia?	3	Hormonas levonorgestrel y etinil estradiol en mayor cantidad
15	MHOR-Carac	¿Cuál es un ejemplo de método anticonceptivo hormonal?	3	Parche anticonceptivo
16	MHOR-Uso	¿En dónde NO se puede colocar el parche anticonceptivo?	2	En el pecho
17	MBAR-Carac	¿Por qué la esterilización masculina y femenina son considerados métodos anticonceptivos de barrera?	3	Impiden la entrada de los espermatozoides en el útero
18	MPAE-Uso	El tiempo recomendable para tomarse la pastilla anticonceptiva de emergencia es dentro de las primeras...	1	72 horas
19	MHOR-Carac	¿Cuál es el implante subdérmico?	1	1) Una pequeña varilla flexible que se coloca debajo de la piel y tiene hormonas
20	MBAR-Carac	¿En qué consisten los métodos anticonceptivos de barrera?	1	Métodos que impiden el paso del esperma
21	MNAT-Uso	¿Cuáles son los días fértiles del ciclo menstrual?	3	Los días intermedios del ciclo menstrual (del 8 al 19)
22	MHOR-Carac	¿Cuáles son las hormonas que se utilizan en los métodos anticonceptivos hormonales?	3	Estrógeno y progestina
23	MHOR-Carac	Un implante subdérmico puede durar...	3	Años
24	MPAE-Uso	¿De qué depende la eficacia de una pastilla anticonceptiva de emergencia?	1	Tomarla lo más pronto posible después de tener relaciones sexuales sin protección

25	MBAR-Evd	¿Cuál es un posible efecto del uso del espermicida?	1	Irritación
26	MBAR-Uso	Las personas alérgicas al látex...	3	Pueden utilizar uno libre de látex
27	MBAR-Carac	¿Cuál es un método anticonceptivo de barrera?	3	Condón femenino
28	MHOR-Evd	¿Cuál es una de las desventajas de algunos métodos anticonceptivos hormonales?	3	Aumento de peso
29	MHOR-Evd	Una ventaja de algunos métodos anticonceptivos hormonales es...	1	Puede prevenir la formación de quistes en el ovario
30	MPAE-Carac	¿Cuál es la manera en que funcionan las pastillas anticonceptivas de emergencia?	3	Previniendo la fertilización o implantación
31	MHOR-Evd	¿Qué tan eficaces son las pastillas anticonceptivas?	3	Más de 90%

CATEGORÍA	DEFINICIÓN	ÍTEMS
Características	Reactivos que recopilan información sobre las características físicas de los métodos anticonceptivos.	1, 4, 5, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 22, 23, 27, 30
Uso	Reactivos que recopilan información sobre cómo se debe usar determinado método anticonceptivo.	2, 6, 7, 8, 12, 16, 18, 21, 24, 26
Eficacia, ventajas y desventajas	Reactivos que recopilan información sobre el porcentaje de eficacia, los efectos deseables y no deseables de los métodos anticonceptivos.	3, 10, 25, 28, 29, 31



HP

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS Y COMPETENCIAS EN EL TERRENO SEXUAL

Lic. Karla Elisa Cervantes Jácome

OBJETIVOS Y CONFIDENCIALIDAD

El presente cuestionario se desarrolló como parte de una investigación doctoral de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, U. N. A. M. Su objetivo es recopilar información sobre los conocimientos de métodos anticonceptivos, patrón de conducta sexual y nivel de autocontrol en los adolescentes. Responder este cuestionario contribuiría a tener más información sobre la conducta sexual de los adolescentes. Si estás de acuerdo en colaborar en este aspecto, te pedimos que respondas a los cuestionarios que se te presentan. Ten la seguridad de que la información que nos proporciones será absolutamente confidencial, por lo que te pedimos que tus respuestas reflejen lo que realmente sabes y haces. Lee con atención las instrucciones y responde a las preguntas en este mismo cuestionario.

Si no estás de acuerdo con los cuestionarios, te pedimos que por favor los regreses a la persona que te los entregó. Si deseas tener mayor información sobre este proyecto ponemos a tu disposición la siguiente dirección electrónica: karlae.jacome@gmail.com

¡Agradecemos tu colaboración!

INSTRUCCIONES GENERALES

Este cuestionario contiene preguntas que deberás responder de manera honesta. Para señalar tu respuesta, marca con una “x” aquella que describa tu situación, comportamiento o sea la respuesta que consideres indicada.

Asegúrate de responder todas y cada una de las preguntas antes de entregar el cuestionario.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A continuación, se te presentan una serie de preguntas. **Tacha el número de la respuesta** que corresponda. Recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas y si respondes con sinceridad será de gran ayuda.

SOC1. Sexo: () H () M

SOC2. Edad: ____ años

SOC3. Preparatoria: _____

SOC4. Turno: () Matutino () Vespertino

SOC5. Grado:

() Primer año () Segundo año () Tercer año

SOC6. Estado civil:

- 1) Soltero
- 2) Casado
- 3) Unión Libre
- 4) Otro

SOC7. ¿Actualmente vive tu papá?

- 1) Sí
- 2) No (pasa a la pregunta 11)

SOC8. ¿Cuántos años tiene tu papá?

_____ años () No sé

SOC9. ¿Qué nivel de estudios fue el último que cursó tu papá?

- 0) Sin estudios
- 1) Primaria
- 2) Secundaria
- 3) Carrera técnica
- 4) Preparatoria
- 5) Universidad o posgrado

SOC10. ¿Actualmente tu papá trabaja?

- 1) Sí
- 2) No

SOC11. ¿Qué edad tenía tu papá cuando tuvo a su primer hijo/a?

- 0) No sé
- 1) Entre 10 y 14 años
- 2) Entre 15 y 19 años
- 3) Entre 20 y 25 años
- 4) Más de 25 años

SOC12. ¿Actualmente vive tu mamá?

- 1) Sí

2) No (pasa a la pregunta **16**)

SOC13. ¿Cuántos años tiene tu mamá? ____años () No sé

SOC14. ¿Qué nivel de estudios fue el último que cursó tu mamá?

- 0) Sin estudios
- 1) Primaria
- 2) Secundaria
- 3) Carrera técnica
- 4) Preparatoria
- 5) Universidad o posgrado

SOC15. ¿Actualmente tu mamá trabaja?

- 1) Sí
- 2) No

SOC16. ¿Qué edad tenía tu mamá cuando tuvo a su primer hijo/a?

- 0) No sé
- 1) Entre 10 y 14 años
- 2) Entre 15 y 19 años
- 3) Entre 20 y 25 años
- 4) Más de 25 años

SOC17. ¿Con quién/es vives?

- 1) Mamá y papá
- 2) Papá
- 3) Mamá
- 4) Otro

SOC18. ¿Tienes hermanos o hermanas?

- 1) Sí
- 2) No (pasa a la pregunta **21**)

SOC19. ¿Cuántos hermanos/as tienes? _____

SOC20. ¿Tienes o has tenido un/a hermano/a que haya tenido un embarazo no planeado?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No sé

SOC21. Te consideras una persona con una orientación:

- 1) Heterosexual
- 2) Homosexual
- 3) Bisexual
- 4) No sé

PRUEBA DE CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Instrucciones: A continuación, se te presentan una serie de preguntas para evaluar qué tanto sabes de los métodos anticonceptivos. Selecciona **una** de las opciones. Recuerda que, si no sabes, lo mejor es que selecciones la opción “**no sé**”.

Ejemplo:

Los condones masculinos los usan...			
a) Hombres X	b) Mujeres	c) Ambos	d) No sé

En este caso, la respuesta correcta es “hombres”, por lo que se colocó una “x” en la opción a).

MAC1: ¿Cuál es el método de “coito interrumpido”?			
1) No tener sexo	2) Tener sexo ciertos días	3) Retirar el pene de la vagina antes de eyacular	4) No sé
MAC2: ¿Cuántas horas antes de una relación sexual puede colocarse un condón femenino?			
1) 8 horas	2) 12 horas	3) 24 horas	4) No sé
MAC3: ¿Cuál es una de las desventajas del uso de pastillas anticonceptivas o anticonceptivos orales?			
1) Esquizofrenia	2) Náuseas	3) Ceguera	4) No sé
MAC4: ¿Cuál NO es un método anticonceptivo de barrera?			
1) Diafragma	2) Condón masculino	3) Método de amenorrea de la lactancia	4) No sé
MAC5: ¿Cuál es un ejemplo de doble protección?			
1) Utilizar pastillas anticonceptivas y condón	2) Utilizar el condón masculino y el condón femenino al mismo tiempo	3) Abstenerse de tener sexo en días fértiles y uso de condón en días no fértiles	4) No sé

MAC6 ¿Qué es un diafragma anticonceptivo?			
1) Un capuchón flexible que cubre el cuello uterino	2) Un aro que se coloca en el pene	3) Una barra que se introduce en la vagina	4) No sé
MAC7: Para que los métodos anticonceptivos naturales sean eficaces se debe de...			
1) Conocer los días fértiles de la mujer	2) Tener relaciones sexuales y bañarse después	3) Tomar cosas naturales (hierbas, té, etc.) para evitar un embarazo	4) No sé
MAC8: ¿De qué depende que los métodos anticonceptivos naturales sean eficaces?			
1) De que se tengan relaciones sexuales en determinada posición sexual	2) De que la mujer identifique los días fértiles e infértiles del ciclo menstrual	3) De que la mujer tome medicamentos naturales antes de cada relación sexual	4) No sé
MAC9: ¿Cuándo deben tomarse las pastillas anticonceptivas?			
1) Los días en los que se tenga relaciones sexuales	2) Los primeros días del ciclo menstrual	3) Una pastilla por día, todos los días	4) No sé
MAC10: ¿Qué son los espermicidas?			
1) Barreras químicas que inmovilizan o destruyen a los espermatozoides	2) Barreras químicas que disminuyen la cantidad de semen	3) Barreras químicas que cambian el nivel del pH de la vagina	4) No sé
MAC11: ¿Cuál es una desventaja de los métodos anticonceptivos naturales?			
1) Al ser naturales, no son efectivos	2) Los médicos señalan que no se basan en evidencia científica	3) No protege contra infecciones de transmisión sexual.	4) No sé
MAC12: ¿Cuáles son algunos signos y síntomas de los días fértiles?			

1) La mujer tiene dolor y aumenta su temperatura corporal	2) La temperatura basal de la mujer aumenta levemente y hay moco cervical transparente	3) La mujer tiene insomnio y suda en exceso	4) No sé
MAC13: ¿Qué se requiere para que el método de amenorrea de la lactancia sea efectivo?			
1) Solo que la mujer esté generando leche, incluso antes de tener al hijo	2) Que la mujer no esté amamantando a nadie	3) Que la mujer esté amamantando y su hijo no sea mayor a 6 meses	4) No sé
MAC14: ¿De qué manera funcionan la mayoría de los métodos anticonceptivos hormonales?			
1) Simulando el embarazo mediante hormonas	2) Evitando la ovulación	3) Modificando la forma del útero	4) No sé
MAC15: ¿De qué están hechas las pastillas anticonceptivas de emergencia?			
1) Químicos radioactivos	2) Altas concentraciones salinas	3) Hormonas levonorgestrel y etinil estradiol en mayor cantidad	4) No sé
MAC16: ¿Cuál es un ejemplo de método anticonceptivo hormonal?			
1) Capuchón cervical	2) Espermicidas	3) Parche anticonceptivo	4) No sé
MAC17: ¿En dónde NO se puede colocar el parche anticonceptivo?			
1) En la parte superior del brazo	2) En el pecho	3) En el torso	4) No sé
MAC18: ¿Cuál es el porcentaje de eficacia del condón masculino?			
1) 100%	2) 99.9%	3) 98%	4) No sé
MAC19: ¿Cuáles son algunas ventajas del uso del condón masculino?			
1) Se puede usar el mismo varias veces	2) Se puede usar por ambos lados	3) Protege contra infecciones de transmisión sexual y	4) No sé

		previene el embarazo	
MAC20: ¿Por qué la esterilización masculina y femenina son considerados métodos anticonceptivos de barrera?			
1) Son los métodos más eficaces de todos	2) Porque se coloca una barrera física tanto en el hombre como en la mujer	3) Impiden la entrada de los espermatozoides en el útero	4) No sé
MAC21: La pastilla anticonceptiva de emergencia puede ser...			
1) Una sola pastilla nada más	2) Una o dos pastillas	3) Tres pastillas	4) No sé
MAC22: El tiempo recomendable para tomarse la pastilla anticonceptiva de emergencia es dentro de las primeras...			
1) 72 horas	2) 150 horas	3) 180 horas	4) No sé
MAC23: ¿Cuál es el implante subdérmico?			
1) Una pequeña varilla flexible que se coloca debajo de la piel y tiene hormonas	2) Una barra que se coloca en el útero	3) Un capuchón que se coloca en la vagina	4) No sé
MAC24: ¿En qué consisten los métodos anticonceptivos de barrera?			
1) Métodos que impiden el paso del esperma	2) Métodos que consisten en retirar el esperma de la vagina después de la penetración	3) Métodos que consisten en abstenerse temporalmente de tener relaciones sexuales	4) No sé
MAC25: ¿Cuáles son los días fértiles del ciclo menstrual?			
1) Los días de sangrado menstrual	2) Los 5 días anteriores al sangrado menstrual	3) Los días intermedios del ciclo menstrual (del 8 al 19)	4) No sé
MAC26: ¿Cuáles son las hormonas que se utilizan en los métodos anticonceptivos hormonales?			
1) Irisina y testosterona	2) Testosterona y estrógeno	3) Estrógeno y progestina	4) No sé
MAC27: Un implante subdérmico puede durar...			
1) Días	2) Meses	3) Años	4) No sé

MAC28: ¿De qué depende la eficacia de una pastilla anticonceptiva de emergencia?			
1) Tomarla lo más pronto posible después de tener relaciones sexuales sin protección	2) La marca	3) El momento del día en que se tuvieron relaciones sexuales	4) No sé
MAC29: ¿Cuál es un posible efecto del uso del espermicida?			
1) Irritación	2) Mal olor	3) Manchas en la piel	4) No sé
MAC30: Las personas alérgicas al látex...			
1) Pueden usar el condón masculino sin problema	2) No pueden utilizar ningún tipo de condón masculino	3) Pueden utilizar uno libre de látex	4) No sé
MAC31: ¿Cuál es un método anticonceptivo de barrera?			
1) Método sintotérmico	2) Métodos de Billings	3) Condón femenino	4) No sé
MAC32: ¿Cuál es una de las desventajas de algunos métodos anticonceptivos hormonales?			
1) Caída de cabello	2) Hepatitis	3) Aumento de peso	4) No sé
MAC33: Algunos métodos hormonales pueden generar...			
1) Que se deje de menstruar (ausencia de sangrado)	2) Hemorragia (sangrado abundante)	3) Quistes	4) No sé
MAC34: Una ventaja de algunos métodos anticonceptivos hormonales es...			
1) Puede prevenir la formación de quistes en el ovario	2) No requiere disciplina	3) No tiene efectos secundarios de ningún tipo	4) No sé
MAC 35: ¿Cuál es la manera en que funcionan las pastillas anticonceptivas de emergencia?			
1) Desintegran al feto	2) Hacen que se expulse al feto	3) Previendo la fertilización o implantación	4) No sé
MAC 36: ¿Qué tan eficaces son las pastillas anticonceptivas?			
1) 70%	2) 90%	3) más de 90%	

PRUEBA DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL USO DEL PRESERVATIVO

Instrucciones: Coloca una **X** si lo que se describe es cierto, falso o no lo sabes.

	Cierto (1)	Falso (2)	No sé (3)
--	-------------------	------------------	------------------

CUC1. Cuando se coloca un preservativo en el pene, es importante que ajuste perfectamente, no dejando espacio en su punta.	1	2	3
CUC2. Los lubricantes a base de aceite solo pueden usarse con los preservativos de látex.	1	2	3
CUC3. Un preservativo cuya fecha de caducidad vence en un año puede utilizarse sin riesgo de que se rompa.	1	2	3
CUC4. Si se baja el preservativo con los dedos antes de abrir el paquete o envoltura es menos probable que se dañe.	1	2	3
CUC5. Dejar un espacio sin aire en la punta del preservativo cuando éste se coloca en el pene hace más probable que se deslice en un acto sexual.	1	2	3
CUC6. Al tener una relación sexual con penetración vaginal se pueden usar simultáneamente los preservativos masculino y femenino.	1	2	3
CUC7. Las fechas de fabricación o caducidad de un preservativo son indicadores de su calidad.	1	2	3
CUC8. Exponer los preservativos al calor, traerlos en la bolsa del pantalón o en la cartera, no daña su calidad.	1	2	3

ESCALA DE AUTOCONTROL

Instrucciones: En el siguiente cuadro marca la opción que indique **qué tanto te describen las características** que se señalan:

¿Qué tanto me describe?	Totalmente (1)	Algo (2)	Me describe (3)	Poco (4)	No me describe (5)
AUC1. Realizo actividades que me pueden hacer daño si las considero divertidas	1	2	3	4	5
AUC2. La gente me describe como una persona impulsiva	1	2	3	4	5
AUC3. Actúo conforme se presentan las circunstancias, sin detenerme a pensar	1	2	3	4	5
AUC4. Me iría mejor si	1	2	3	4	5

pensara antes de actuar					
AUC5. Tengo dificultad para concentrarme	1	2	3	4	5
AUC6. No puedo dejar de hacer cosas, aun cuando sé que están mal	1	2	3	4	5
AUC7. Actúo sin pensar en todas las alternativas	1	2	3	4	5
AUC8. Interrumpo a la gente	1	2	3	4	5
AUC9. Mantengo un horario o un plan para mis actividades	1	2	3	4	5
AUC10. Rechazo las cosas que son malas para mi persona	1	2	3	4	5
AUC11. Soy capaz de trabajar eficazmente con metas a largo plazo	1	2	3	4	5
AUC12. Soy capaz de resistir la tentación	1	2	3	4	5
AUC13. Las personas dicen que soy muy persistente	1	2	3	4	5
AUC14. Participo en actividades que promueven mi salud	1	2	3	4	5
AUC15. Soy confiable	1	2	3	4	5
AUC16. Soy puntual	1	2	3	4	5

PATRÓN DE CONDUCTA SEXUAL

A continuación, se te presentan una serie de preguntas sobre tu vida sexual. Responde honestamente **tachando** la respuesta.

PSC1. ¿Has tenido alguna vez relaciones sexuales con penetración (sexo vaginal o anal)?

- 1) Sí
- 2) No (**aquí termina tu participación. Entrega tu folleto**)

PSC2. ¿A qué edad tuviste tu **primera** relación sexual?

A los _____ años

PSC3. Tu **primera** relación sexual la tuviste con:

- 1) La persona que era tu novio(a)
- 2) Un amigo (a)
- 3) Un familiar
- 4) Una persona desconocida
- 5) Una persona trabajadora del sexo
- 6) Ninguna de las anteriores

PSC4. ¿Tu **primera** relación sexual fue algo que planeaste con tu pareja?

- 1) Sí
- 2) No

PSC5. ¿En qué lugar tuviste tu **primera** relación sexual?

- 1) En un hotel
- 2) En casa de mi novio(a)
- 3) En un auto
- 4) En mi casa
- 5) En casa de un amigo(a)
- 6) En un antro/bar/disco
- 7) Ninguna de las anteriores

PSC6. En tu **primera** relación sexual, ¿utilizaste condón?

- 1) Sí
- 2) No (pasa a la pregunta **9**)

PSC7. En tu **primera** relación sexual, ¿quién propuso usar el condón?

- 1) Tú
- 2) Tu pareja
- 3) Ambos

PSC8. ¿Usaste condón en tu **primera** relación sexual sin necesidad de decírselo a tu pareja?

- 1) Sí
- 2) No

PSC9. En tu **primera** relación sexual, ¿tú o tu pareja usaron algún **método** anticonceptivo que **no fuera condón**, por ejemplo, pastillas anticonceptivas, parches anticonceptivos, espermicidas?

- 1) Sí ¿Cuál? _____
- 2) No

PSC10. En tu **primera** relación sexual, ¿usaste **además del condón** algún otro método anticonceptivo, por ejemplo, pastillas anticonceptivas, parches anticonceptivos, espermicidas?

1) Sí ¿Cuál? _____ 2) No

PSC11. ¿Qué métodos has utilizado en **toda tu vida**? Puedes marcar **más** de una opción.

1. Interrupción del coito (eyacular fuera de la vagina)	
2. Método de amenorrea de la lactancia	
3. Método del ritmo	
4. Método de días fijos	
5. Método de la temperatura basal corporal	
6. Método de ovulación de Billings	
7. Método de los dos días	
8. Método sintotérmico	
9. Condón masculino	
10. Condón femenino	
11. Espermicida	
12. Diafragma	
13. Capuchón cervical	
14. Esponja vaginal	
15. DIU (Dispositivo intrauterino)	
16. Pastillas anticonceptivas	
17. Parche anticonceptivo	
18. Anillo vaginal	
19. Inyección de progesterona	
20. Implante subdérmico (debajo de la piel)	
21. Pastilla anticonceptiva de emergencia	

PSC12. Las relaciones sexuales que has tenido han sido (marca solo una opción):

- 1) Vaginales
- 2) Anales
- 3) Orales
- 4) Vaginales y anales
- 5) Vaginales y orales
- 6) Anales y orales
- 7) Vaginales, anales y orales

PSC13. ¿Cuántas veces has tenido **relaciones** sexuales en **toda tu vida**? Escribe el **número**, no respondas “pocas/muchas”.

_____ veces

PSC14. ¿Cuántas veces has utilizado el **condón** en **toda tu vida**? Escribe el **número**, no respondas “pocas/muchas/más de”.

_____ veces

PSC15. Aproximadamente, ¿cuánto tiempo hace que tuviste tu **última relación sexual**?:

- 1) Hace menos de un mes
- 2) Entre uno y seis meses
- 3) De seis meses a un año
- 4) Hace más de un año

PSC16. ¿Usaste condón en tu **última relación sexual**?

- 1) Sí
- 2) No

PSC17. ¿Has tenido relaciones sexuales en los últimos **3 meses**?

- 1) Sí
- 2) No (pasa a la pregunta **21**)

PSC18. ¿Cuántas veces has tenido relaciones sexuales en los últimos **3 meses**? (por favor no pongas afirmaciones como “muchas” o “pocas” y escribe el número que realmente has tenido)

_____ veces

PSC19. ¿Has utilizado condón en los últimos **3 meses**?

- 1) Sí
- 2) No (pasa a la pregunta **21**)

PSC20. ¿Cuántas veces has usado el **condón** en los últimos **3 meses**? (por favor no pongas afirmaciones como “muchas” o “pocas” y escribe el **número** de veces que lo has usado)

_____ veces

PSC21. ¿Con qué **frecuencia** has tenido relaciones sexuales en **toda tu vida** con las parejas siguientes?

Tipo de pareja	Nunca (0)	Casi nunca (1)	Algunas veces (2)	Casi siempre (3)	Siempre (4)
PSC21.1 Con alguien que haya sido tu novio(a)	1	2	3	4	5
PSC21.2 Con alguien que haya sido tu amigo(a)	1	2	3	4	5
PSC21.3 Con alguna pareja ocasional o eventual	1	2	3	4	5
PSC21.4 Con alguna persona desconocida para ti	1	2	3	4	5
PSC21.5 Con alguien que ha sido tu pareja regular o estable	1	2	3	4	5
PSC21.6 Con alguna persona trabajadora del sexo	1	2	3	4	5
PSC21.7 Con algún familiar	1	2	3	4	5

PCS22. Con qué frecuencia has usado **condón** en **toda tu vida** al tener relaciones sexuales con las parejas siguientes:

Tipo de pareja	Nunca (0)	Casi nunca (1)	Algunas veces (2)	Casi siempre (3)	Siempre (4)
PCS22.1 Con alguien que haya sido tu novio(a)	0	1	2	3	4
PCS22.2 Con alguien que haya sido tu amigo(a)	0	1	2	3	4
PCS22.3 Con alguna pareja ocasional o eventual	0	1	2	3	4
PCS22.4 Con alguna persona desconocida para ti	0	1	2	3	4
76. PCS22.5 Con alguien que ha sido tu pareja regular o estable	0	1	2	3	4
PCS22.6 Con alguna persona trabajadora del sexo	0	1	2	3	4
PCS22.7 Con algún familiar	0	1	2	3	4

PCS23. Anota el número de personas o parejas con las que has tenido relaciones sexuales con penetración en **toda tu vida** (por favor evita poner afirmaciones como “muchas” o “pocas” y escribe el número que realmente has tenido).

_____ personas o parejas

PCS24. ¿Alguna vez has tenido alguna Infección de Transmisión Sexual?

- 1) Sí ¿Cuál? _____
- 2) No
- 3) No sé

PCS25. ¿Con qué frecuencia has tenido alguna Infección de Transmisión Sexual?

- 0) Nunca
- 1) Ocasionalmente
- 2) Frecuentemente
- 3) Muy frecuentemente

PCS26. ¿Has tenido algún embarazo en tu vida? O si eres hombre, ¿alguna pareja tuya ha tenido un embarazo por tener relaciones contigo?

- 1) Sí
- 2) No (pasa a la **página 24**)

PCS27. ¿El embarazo fue planeado o no fue planeado?

- 1) Sí fue planeado
- 2) No fue planeado

PCS28. Un embarazo no deseado es diferente de un embarazo no planeado, ya que puedes querer tener el bebé, aunque no hayas planeado tenerlo. Tomando esto en cuenta, marca con una X la opción o las opciones que correspondan a lo que te ha pasado:

- 1) Sí he tenido un embarazo no planeado
- 2) Sí he tenido un embarazo no deseado
- 3) No he tenido un embarazo no planeado
- 4) No he tenido un embarazo no deseado

PCS29. ¿Alguna vez tú o tu pareja han tenido un aborto?

- 1) Sí
- 2) No (pasa a la **página 24**)

PCS30. El aborto fue:

- 1) Acordado con mi pareja
- 2) Fue mi decisión
- 3) Me obligaron a mí o a mi pareja
- 4) Ninguna de las anteriores

ESCALA PARA EVALUAR COMPETENCIA SEXUAL PREVENTIVA

Instrucciones: Señala con una **X** qué tan importantes han sido las situaciones que a continuación se describen para que uses condón. Por ejemplo, si lo que se describe te ha **motivado** o ha **influido** en gran medida **para que lo uses**, pon una **cruz** en donde dice “**Muy Importante para usarlo**” y si **no ha influido** para nada señala la opción “**Nada Importante para usarlo**”.

Qué tan importante ha sido para que uses condón...	Nunca he vivido una situación semejante	Nada Importante para usarlo (1)	Poco importante para usarlo (2)	Importante para usarlo (3)	Muy importante para usarlo (4)
ECSP1 El momento (música, clima, la relación que se estaba dando):	0	1	2	3	4
ECSP2 El hecho de haber bebido alcohol o ingerido alguna droga:	0	1	2	3	4
ECSP3 Que hayas estado alterado emocionalmente (enojado, deprimido, eufórico, nervioso, etc.)	0	1	2	3	4
ECSP4 Que no hubieras tenido relaciones sexuales durante algún tiempo:	0	1	2	3	4
ECSP5 Tu grado de excitación:	0	1	2	3	4
ECSP6 El haberlo hecho con una pareja ocasional o eventual:	0	1	2	3	4
ECSP7 Que tu pareja estable espere que lo uses:	0	1	2	3	4
ECSP8 Que alguna pareja ocasional espera que lo uses:	0	1	2	3	4
ECSP9 El haberlo hecho con tu pareja estable:	0	1	2	3	4

ESCP10 El lugar	0	1	2	3	4
ESCP11 Que tus amigos esperen que lo uses:	0	1	2	3	4

FALLAS EN EL USO DEL PRESERVATIVO EN EL ACTO SEXUAL

Instrucciones: Indica con qué **frecuencia** te ha ocurrido cada situación colocando una **X**.

	Nunca (0)	Casi nunca (1)	Algunas veces (2)	Casi siempre (3)	Siempre (4)
FUC1 Mi pareja o yo hemos colocado el preservativo del lado incorrecto y después lo volteamos para ponerlo del lado correcto.	0	1	2	3	4
FUC2 Mi pareja o yo hemos colocado el preservativo en el pene después de haber iniciado la penetración.	0	1	2	3	4
FUC3 Mi pareja o yo hemos usado lubricantes a base de aceites para tener una mejor relación sexual.	0	1	2	3	4
FUC4 Mi pareja o yo hemos tratado de colocar el preservativo cuando el pene aún no está erecto.	0	1	2	3	4
FUC5 Antes de tener la relación sexual con penetración, mi pareja o yo revisamos que la fecha de caducidad del preservativo sea la adecuada para poder usarlo.	0	1	2	3	4

FUC6 Mi pareja o yo hemos retirado el preservativo del pene cuando todavía hay erección.	0	1	2	3	4
FUC7 Mi pareja o yo buscamos que al colocar el preservativo en el pene quede un espacio sin aire en la punta del preservativo.	0	1	2	3	4

Por favor, revisa que hayas respondido TODAS las preguntas.

¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!

**TEST ANALÓGICO DE SIMULACIÓN (TAS) PARA LA EVALUACIÓN DE LAS
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN SEXUAL ASERTIVA**

No.	Habilidad	Componentes verbales	Componentes no verbales	Registro
1	Iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad	Pregunta abierta		Presencia o ausencia. Valor: 16.7%
		Autorrevelación		Presencia o ausencia. Valor: 16.6%
		Retroalimentación		Presencia o ausencia. Valor: 16.6%
			Contacto visual	Tiempo total de orientación visual hacia el interlocutor, su porcentaje no debe ser menor al 50% de la duración del episodio de interacción. Valor: 16.7%
			Proximidad física	Distancia interpersonal no mayor ni menor a un paso. Dicha distancia deberá mantenerse el 80% del tiempo del episodio de interacción. Valor: 16.7%
			Tono de voz	Se oye o no a 2 metros de distancia. Valor: 16.6%
2	Negociar y llegar a un acuerdo	Identificar el conflicto en voz alta		Presencia o ausencia. Valor: 10%
		Plantear la necesidad de un acuerdo		Presencia o ausencia. Valor: 10%

		Establecer una proposición y que la otra parte establezca la suya		Presencia o ausencia. Valor: 15%
		Obtener una conclusión o un acuerdo		Presencia o ausencia. Valor: 15%
			Contacto visual	Tiempo total de orientación visual hacia el interlocutor, su porcentaje no debe ser menor al 50% de la duración del episodio de interacción. Valor: 25%
			Tono de voz	Se oye o no a 2 metros de distancia. Valor 25%

DEFINICIÓN DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN SEXUAL ASERTIVA

No.	Habilidad	Componentes verbales	Componentes no verbales	Definición
1	Iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad	Pregunta abierta		Cualquier interrogación que iniciara con ¿qué?, ¿cómo?, ¿dónde?, ¿cuándo?, o alguna otra palabra seguida del tema de sexualidad (por ejemplo, ¿qué piensas del condón?, ¿te gusta hablar sobre relaciones sexuales?, ¿has tenido relaciones sexuales?).
		Autorrevelación		Emisión verbal que expresa deseos, sentimientos y experiencias propias y que es iniciada por los pronombres yo, me, a mí.
		Retroalimentación		Emisión de verbalizaciones temáticamente relacionadas con el contenido de las palabras del hablante, o que denoten aceptación o

				desaprobación por parte del escucha. La retroalimentación no debe constituir una interrupción al hablante.
			Contacto visual	Tiempo total de orientación visual hacia el interlocutor, su porcentaje no debe ser menor al 50% de la duración del episodio de interacción.
			Proximidad física	Distancia interpersonal no mayor ni menor a un paso. Dicha distancia deberá mantenerse el 80% del tiempo del episodio de interacción.
			Tono de voz	Audible a 2 metros de distancia.
2	Negociar y llegar a un acuerdo	Identificar el conflicto en voz alta		La persona mencionará los puntos de vista que están en conflicto.
		Plantear la necesidad de un acuerdo		La persona en voz alta, deberá identificar los puntos del conflicto para presentar un compromiso viable (un compromiso en el cual el comportamiento de uno queda supeditado al comportamiento del otro), insistiendo al interlocutor que haga lo mismo para obtener un acuerdo que satisfaga a ambos.
		Establecer una proposición y que la otra parte establezca la suya		La persona ejercerá presión para que la otra persona dé su punto de vista.
		Obtener una conclusión o un acuerdo		La persona elaborará un resumen en voz alta de la conclusión o acuerdo al que se haya llegado.

			Contacto visual	Tiempo total de orientación visual hacia el interlocutor, su porcentaje no debe ser menor al 50% de la duración del episodio de interacción.
			Tono de voz	Audible a 2 metros de distancia.

5

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Proyecto de Doctorado en Psicología y Salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Padre, madre o tutor del participante del Taller “¡Yo decido, yo me cuido!” para adolescentes:

NOMBRE Y APELLIDOS:

Estoy de acuerdo en que mi hijo(a)

_____ participe en el taller “¡YO

DECIDO, YO ME CUIDO!”, en el que se abordarán temas sobre sexualidad, de

embarazos no deseados, además de las diferencias culturales en la toma de

decisiones entre el hombre y la mujer, y en el que se le dará a mi hijo(a) un entrenamiento, junto con sus compañeros del grupo escolar, en habilidades para aprender a comunicarse con su novio(a) o con alguna pareja que pudiera en un futuro tener, para que aprenda a rechazar propuestas sexuales que ponen en riesgo su salud sexual, aprenda a usar correctamente un condón y aprenda a solicitarlo o negociarlo con su pareja, todo orientado a prevenir que mi hijo(a) tenga algún embarazo no deseado.

Tengo conocimiento de que el taller tendrá una duración de 8 sesiones de dos horas cada una y que serán programadas semanalmente. Se me ha informado que mi hijo(a) tendrá el derecho a dejar de asistir en cualquier momento a dicho taller si así lo considera conveniente por sentirse incómodo por los temas que se tratan sobre sexualidad, y que en caso de que decida no continuar con el taller tendrá que realizar las actividades escolares que sus profesores determinen conveniente siempre y cuando estén dentro de los horarios programados para las clases.

También se me ha informado que en el taller se realizarán filmaciones a mi hijo(a) cuando se le esté enseñando a usar correctamente un condón y a negociarlo con una pareja simulada. Estoy de acuerdo en que se realicen estas filmaciones siempre y cuando no se le identifique por su nombre, y que las filmaciones que se obtengan sean utilizadas en el mismo taller con fines educativos. Asimismo, estoy de acuerdo en que la información que se obtenga de las filmaciones de mi hijo(a) pueda utilizarse con fines científicos, siempre y cuando se garantice su anonimato. Me comprometo a apoyar a mi hijo(a) en este taller alentándolo a cuidar su salud sexual y a no imponerle ninguna sanción si tomara la decisión de no asistir a dicho taller.

Profesionista que imparte el taller:

LIC. KARLA ELISA CERVANTES JÁCOME

Doctorante en Psicología, con No. de Cédula Profesional 10268139, me comprometo a guardar total confidencialidad de la información que se genere (por escrito y en videos) en el taller “¡YO DECIDO, YO ME CUIDO!” y a respetar el punto de vista del participante en las sesiones de entrenamiento sobre el desarrollo de habilidades de comunicación y de uso correcto del condón. En caso de que el participante no desee continuar asistiendo al taller no habrá de mi parte ninguna consecuencia negativa por tomar esta decisión, ni tampoco alguna sanción por parte de profesores y directivos de la escuela en la que está inscrito. En caso de que el participante decida no continuar asistiendo al taller, me comprometo a informarlo a los maestros que los directivos me indiquen, con el único fin de que el participante continúe cumpliendo con sus actividades escolares dentro de los horarios de clases.

Ecatepec de Morelos, Edo. de México.

A _____ de _____ de 2020.

Firma del padre o tutor

Firma del profesionista

Datos de la profesionista:

Lic. Karla Elisa Cervantes Jácome

Teléfono: 5524470524

Correo electrónico: karlae.jacome@gmail.com

6

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES



**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Proyecto de Doctorado en Psicología y Salud**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Participante del Taller “¡Yo decido, yo me cuido!” para adolescentes:

NOMBRE Y APELLIDOS:

Ciudadano de _____ años de edad, estoy de acuerdo en participar en el taller “¡YO DECIDO, YO ME CUIDO!”, en el que se abordarán temas sobre sexualidad, de embarazos no deseados, además de las diferencias culturales en la toma de decisiones entre el hombre y la mujer, y en el que se me dará un entrenamiento, junto con compañeros de mi grupo escolar, en habilidades para aprender a

comunicarme con mi novio o novia o con alguna pareja que pudiera en un futuro tener, aprender a rechazar propuestas sexuales que ponen en riesgo mi salud sexual, aprender a usar correctamente un condón y aprender a solicitarlo o negociarlo con mi pareja (en caso de que yo la tuviera), todo orientado a prevenir algún embarazo no deseado.

Tengo conocimiento de que el taller tendrá una duración de 8 sesiones de dos horas cada una, que serán programadas semanalmente dentro de los horarios de clases. Me comprometo a asistir al taller durante los días y horarios que se me indiquen, pero con la plena seguridad de que tendré el derecho a dejar de asistir en cualquier momento a dicho taller si así lo considero conveniente. En caso de que decida no continuar con el taller, estoy de acuerdo en realizar las actividades escolares que mis profesores determinen conveniente siempre y cuando me encuentre dentro de los horarios de clases.

Estoy de acuerdo en responder a las preguntas que por escrito se me hagan referentes a mis relaciones de pareja siempre y cuando no me incomoden y no se me identifique por mi nombre propio.

También estoy de acuerdo en que se realicen filmaciones de mi comportamiento en las sesiones del taller que así se requiera, con el compromiso de que no se me identifique por mi nombre, y que las filmaciones que se obtengan sean utilizadas en el mismo taller con fines educativos. Asimismo, estoy de acuerdo en que la información que se obtenga de las filmaciones pueda utilizarse con fines científicos, siempre y cuando se garantice mi anonimato.

Profesionista que imparte el taller:

LIC. KARLA ELISA CERVANTES JÁCOME

Doctorante en Psicología, con No. de Cédula Profesional 10268139, me comprometo a guardar total confidencialidad de la información que se genere (por

escrito y en videos) en el taller “¡YO DECIDO, YO ME CUIDO!” y a respetar el punto de vista del participante en las sesiones de entrenamiento sobre el desarrollo de habilidades de comunicación y de uso correcto del condón. En caso de que el participante no desee continuar asistiendo al taller no habrá de mi parte ninguna consecuencia negativa por tomar esta decisión, ni tampoco alguna sanción por parte de profesores y directivos de la escuela en la que está inscrito. En caso de que el participante decida no continuar asistiendo al taller, me comprometo a informarlo a los maestros que los directivos me indiquen, con el único fin de que el participante continúe cumpliendo con sus actividades escolares dentro de los horarios de clases.

Ecatepec de Morelos, Edo. de México.

A _____ de _____ de 2020.

Firma del participante

Firma del profesionista

Datos de la profesionista:

Lic. Karla Elisa Cervantes Jácome

Teléfono: 5524470524

Correo electrónico: karlae.jacome@gmail.com