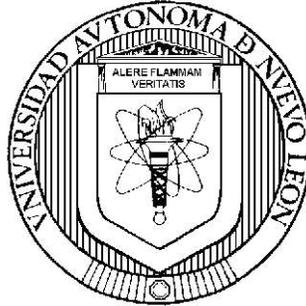


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



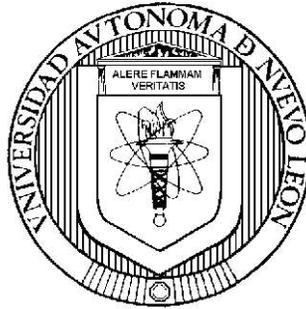
INTERVENCIÓN SOBRE COMUNICACIÓN SEXUAL PARA PADRES EN
COMUNIDADES URBANO-MARGINADAS

Por

MCE. MARÍA ARACELY MÁRQUEZ VEGA

ENERO, 2012

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INTERVENCIÓN SOBRE COMUNICACIÓN SEXUAL PARA PADRES EN
COMUNIDADES URBANO-MARGINADAS

Por

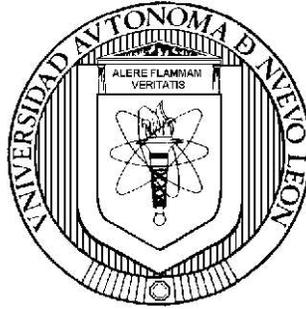
MCE. MARÍA ARACELY MÁRQUEZ VEGA

Director de Tesis

RAQUEL ALICIA BENAVIDES TORRES, PhD.

ENERO, 2012

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INTERVENCIÓN SOBRE COMUNICACIÓN SEXUAL PARA PADRES EN
COMUNIDADES URBANO-MARGINADAS

Por

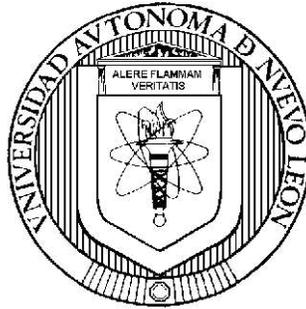
MCE. MARÍA ARACELY MÁRQUEZ VEGA

Co-Director de Tesis

ESTHER GALLEGOS CABRIALES, PhD.

ENERO, 2012

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INTERVENCIÓN SOBRE COMUNICACIÓN SEXUAL PARA PADRES EN
COMUNIDADES URBANO-MARGINADAS

Por

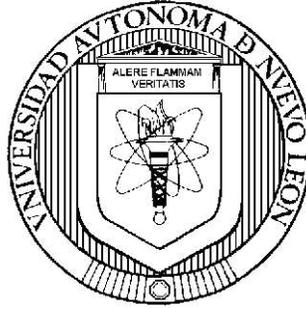
MCE. MARÍA ARACELY MÁRQUEZ VEGA

Asesor Externo

PAULA REPETTO, PhD.

ENERO, 2012

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INTERVENCIÓN SOBRE COMUNICACIÓN SEXUAL PARA PADRES EN
COMUNIDADES URBANO-MARGINADAS

Por

MCE. MARÍA ARACELY MÁRQUEZ VEGA

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD.

ENERO, 2012

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma de Nuevo León, por la oportunidad que me ha brindado para crecer profesionalmente.

A la Facultad de Enfermería, por formar profesionales de calidad, innovadores y competitivos.

Al MSP. Lucio Rodríguez Aguilar, Director de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por su invaluable apoyo brindado a mi persona para realizar los estudios de doctorado.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación, por su apoyo, orientación e incentivó para seguir superándome.

A Bertha Cecilia Salazar González, PhD., Secretario del Programa de Doctorado por compartir conmigo su sabiduría, experiencias y enseñanzas.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por la beca proporcionada para la realizar los estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería.

Mi profundo agradecimiento a mi asesora de tesis, Raquel Alicia Benavides Torres, PhD., por brindarme su apoyo, sus consejos, su tiempo, paciencia, dedicación y por compartir conmigo sus conocimientos.

A Esther Gallegos Cabriales, PhD., por compartir su experiencia y sabiduría, gracias por sus acertadas observaciones, su confianza brindada y enseñarme a crear ciencia.

A la Dra. Blanca Idalia Montoya Flores y a la Dra. Georgina Mayela Núñez Rocha, por sus valiosas recomendaciones y sugerencias en la elaboración de la tesis.

Al Dr. Marco Vinicio Gómez Meza, por sus recomendaciones y asesoría estadística.

A la Dra. Dora Julia Onofre, por sus valiosas aportaciones a la revisión del currículo y capacitación al mismo.

A todos los profesores que formaron parte del plan de estudios del Doctorado en Ciencias de Enfermería, por compartir conmigo sus conocimientos y haber contribuido en mi formación durante el transcurso de mis estudios.

A los profesores de la Escuela de Psicología y Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en especial a Paula Repetto PhD., y Lilian Ferrer, PhD., quienes me recibieron, compartieron experiencias, asesoraron y me brindaron su confianza y apoyo en todo momento durante mi estancia en Santiago, Chile.

Al personal y directivos de los Centros de Salud, quienes siempre mostraron motivación e interés en el proyecto a quienes les agradezco las facilidades otorgadas para el desarrollo de la intervención y seguimientos.

A los profesores de Pregrado por su interés, amistad y confianza brindada.

A todo el personal técnico y administrativo de la Subdirección de Posgrado e Investigación por su disponibilidad, amabilidad y facilidades prestadas.

A mis compañeras de generación Rosa María Cruz, Alicia Álvarez y Yolanda Bañuelos, gracias por compartir con ustedes momentos inolvidables, aprendizaje y experiencias durante el transcurso del doctorado.

A la Dra. Martha Ofelia Valle por su amistad, consejos y apoyo a lo largo de mis estudios de doctorado.

A MCE. Pamela Jiménez, a la Lic. Lorena Benavides y a la Lic. Teresa Áspera por su participación como facilitadoras de la intervención, muchas gracias por su disponibilidad, interés y apoyo al proyecto de tesis. Asimismo, reconozco y agradezco el apoyo brindado de MCE. Teresa Salas, Lic. Carolina Valdez, Lic. Ma. Petra Segovia y a las pasantes de psicología Magdalena y Alicia Reyna, Lic. Reyna Peña, Lic. Sonia Rodríguez, MCE. Morayma González, Dr. Francisco Alberto Alvarado, MCE. Antonieta Olvera, MCE. Perla Hernández, Lic. Ana Luisa Ramos

y Lic. Alejandro Leiva, quienes de distintas maneras me apoyaron en el trabajo de campo, muchas gracias por su apoyo siempre los tendré en mi recuerdo.

Agradezco a todos los padres de familia que participaron por su disponibilidad, interés y colaboración para el desarrollo del estudio.

Dedicatoria

A Dios, por haberme permitido llegar al término de esta meta que aspiraba alcanzar cuando estudiaba la Maestría, por todas las bendiciones que me ha dado, por iluminar mi vida, darme salud, escucharme, ser mi guía en el camino hasta alcanzar el éxito, y por darme la fuerza necesaria para afrontar momentos difíciles, gracias por tu infinito amor.

A mis Padres, Ladislao Márquez y Aracely Vega porque son un regalo de Dios, son mi gran ejemplo de fortaleza y dedicación. Por su cariño, amor y comprensión que han reforzado mi vida, por sus esfuerzos, sacrificios y confianza que depositaron en mí, alentándome día a día alimentando mi espíritu de superación hasta lograr el objetivo, gracias por su apoyo incondicional y darme la mejor de mis herencias. A ustedes les agradezco lo que ahora soy. Los amo.

A mis Hermanos, Judith Vianey, Ladislao y Luis Ángel Márquez Vega por su cariño, apoyo y motivación, gracias por estar siempre cerca de mí y por compartir conmigo este éxito.

A mi Familia, a mis abuelos Ladislao Márquez y María Hernández, Rito Vega y Juanita López†, por su cariño y preocupación por mi bienestar, para ustedes todo mi respeto y admiración. A mis tíos(as) y sus familias.

A mi novio, Carlos Villarreal por su comprensión, paciencia y amor, por apoyarme en mi superación profesional, gracias por tus palabras de aliento que me ayudaron a continuar adelante en los momentos difíciles.

A mis queridas amigas, Nora Angélica Armendáriz y Claudia Patricia Flores por brindarme su amistad e invaluable ayuda en todo momento, gracias por estar a mi lado cuando más lo necesitaba. A mis Amigos, Arcelia Liñan, Ericka Lara, Judith Torres, Lessly Pérez, Ángeles Godina, Guadalupe Puente, Alfonso Martínez, Norma E. Cruz, por su incondicional amistad.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	5
Teoría de la Acción razonada y Conducta Planeada	5
Marco de Referencia para la Adaptación de la Intervención	12
Estudios Relacionados	14
Actitudes acerca de la comunicación sexual	14
Norma subjetiva para la comunicación sexual	16
Control percibido de la comunicación sexual	18
Intención de comunicación sexual	19
Conocimiento sobre temas sexuales	20
Comodidad para comunicarse sobre temas sexuales	21
Comunicación sexual de padres a hijos	22
Estudios de intervención en padres para aumentar la comunicación	22
Síntesis	25
Definiciones de Términos	26
Objetivos Específicos	27
Hipótesis	28
Capítulo II	
Metodología	29
Diseño del Estudio	29
Población, Muestreo y Muestra	30

Contenido	Página
Criterio de Inclusión	30
Criterio de Exclusión	30
Instrumentos de Medición	31
Descripción de la Intervención	34
Proceso de Adaptación de la Intervención Educativa “¡Cuídate!” para Padres de Comunidades Urbano-Marginadas	37
Tratamiento del Grupo Control	41
Procedimiento	41
Criterios de Evaluación para la Fidelidad de la Intervención	43
Plan para Análisis de Datos	44
Consideraciones Éticas	45
 Capítulo III	
Resultados	48
Análisis Cualitativo del Proceso de Adaptación de la Intervención “¡Cuídate!”	48
Metodología del Grupo Focal	49
Resultados del Grupo Focal	51
Análisis Cuantitativo de la Intervención “¡Cuídate!”	57
Características Sociodemográficas	57
Estadística Descriptiva de las Variables de Estudio al Pre-test, Post- test, al mes y dos meses	58
Consistencia Interna de los Instrumentos	61
Estadística Inferencial	63
Correlaciones de Spearman	64
Objetivos	66

Contenido	Página
Objetivo Dos	66
Objetivo Tres	71
Objetivo Cuatro	76
Hipótesis	78
Hipótesis Uno	78
Hipótesis Dos	84
Hipótesis Tres	86
Capítulo IV	
Discusión	88
Conclusiones	94
Limitaciones	95
Recomendaciones	96
Referencias	97
Apéndices	107
A. Consentimiento Informado del Padre/Madre o Tutor	108
B. Consentimiento Informado Grupo Focal	110
C. Guía para la Conducción del Grupo Focal Padres	112
D. Instrumento para Padres: Pre-test, post-test y seguimientos	114
E. Criterios de Evaluación para la Fidelidad de la Intervención	129

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Esquema del diseño experimental con dos grupos y cuatro mediciones	30
2. Adaptación de la intervención	55
3. Características sociodemográficas de los participantes	57
4. Estadística descriptiva y resultados de Kolmogorov-Smirnov (K-S): Pre-test	59
5. Estadística descriptiva y resultados de Kolmogorov-Smirnov (K-S): Post-test	59
6. Estadística descriptiva y resultados de Kolmogorov-Smirnov (K-S): Mes	60
7. Estadística descriptiva y resultados de Kolmogorov-Smirnov (K-S): Dos meses	61
8. Coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach de los instrumentos	62
9. Matriz de Correlación de Spearman entre las variables actitudes, normas subjetivas, control percibido de la comunicación sexual, intención de comunicación, comunicación sexual, comodidad para comunicarse y conocimiento sobre temas sexuales	65
10. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de estudio en la comunicación sexual. Modelo Inicial: Método "Enter"	66
11. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de estudio en la comunicación sexual. Modelo Dos: Método "Enter"	68

Tabla	Página
12. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de estudio en la comunicación sexual. Modelo Tres: Método “Enter”	69
13. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de estudio en la comunicación sexual. Modelo Cuatro: Método “Enter”	70
14. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de estudio en la comunicación sexual. Modelo Final: “Método Enter”	71
15. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de estudio en la intención de comunicación sexual. Modelo Inicial: “Método Enter”	72
16. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de estudio en la intención de comunicación sexual. Modelo Dos: “Método Enter”	73
17. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de estudio en la intención de comunicación sexual. Modelo Tres: “Método Enter”	74
18. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de estudio en la intención de comunicación sexual. Modelo Cuatro: “Método Enter”	75
19. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de estudio en la intención de comunicación sexual. Modelo Final: “Método Enter”	75

Tabla	Página
20. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables individuales en la comunicación sexual	76
21. Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables individuales en la intención de comunicación sexual	77
22. Prueba U de Mann-Whitney para actitudes acerca de la comunicación sexual pre-test, post-test, mes y dos meses de grupo intervención y control	78
23. Prueba U de Mann-Whitney para normas subjetivas para la comunicación sexual pre-test, post-test, mes y dos meses de grupo intervención y control	80
24. Prueba U de Mann-Whitney para control percibido de la comunicación sexual pre-test, post-test, mes y dos meses de grupo intervención y control	81
25. Prueba U de Mann-Whitney para comodidad para comunicarse sobre temas sexuales pre-test, post-test, mes y dos meses de grupo intervención y control	82
26. Prueba U de Mann-Whitney para conocimiento sobre temas sexuales pre-test, post-test, mes y dos meses de grupo intervención y control	84
27. Prueba U de Mann-Whitney para comunicación sexual de padres a hijos(as) pre-test, post-test, mes y dos meses de grupo intervención y control	85
28. Prueba U de Mann-Whitney para intención de comunicación sexual pre-test, post-test, mes y dos meses de grupo intervención y control	87

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Esquema de relación de conceptos TBP para la comunicación sexual de padres a hijos	11
2. Modelo de la Intervención “¡Cuídate!” para incrementar la comunicación sexual de padres a hijos	12
3. Modelo del Proceso de Adaptación	14

RESUMEN

María Aracely Márquez Vega
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Enero 2012

Título del estudio: INTERVENCION SOBRE COMUNICACIÓN SEXUAL PARA
PADRES EN COMUNIDADES URBANO-MARGINADAS.

Número de Páginas: 133

Candidata para obtener el grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

Propósito y Método de Estudio: El SIDA es una enfermedad infecciosa, causada por el VIH. El grupo de edad más afectado y con mayor número de casos de VIH/SIDA es el de 15 a 44 años. El VIH/SIDA, las Infecciones de Transmisión Sexual y los embarazos en adolescentes son más comunes en comunidades urbano-marginadas. La familia es el sistema que más influye de manera positiva en la conducta sexual del adolescente. La comunicación de padres a hijos acerca de sexo es fundamental para modificar actitudes y conductas. Intervenciones educativas como “¡Cuídate!” son necesarias para incrementar el conocimiento y habilidades de los padres para comunicarse con sus hijos(as), considerando variables como la autoeficacia, creencias, influencia de la familia, conocimientos y valores. Por lo que el objetivo general del presente estudio fue adaptar la intervención para determinar si el programa “¡Cuídate!” incrementa la comunicación sexual de padres de adolescentes de comunidades urbano-marginadas del área metropolitana de Monterrey, N. L. Se plantearon cuatro objetivos: 1) Realizar la adaptación del currículo “¡Cuídate!” para padres de adolescentes de comunidades urbano-marginadas; 2) Establecer si el efecto de la intervención “¡Cuídate!” sobre la comunicación sexual de padre a hijos está mediado por las actitudes, norma subjetiva, control percibido de la comunicación sexual, comodidad para comunicarse y conocimiento sobre temas sexuales; 3) Determinar si el efecto de la intervención “¡Cuídate!” sobre la intención de comunicación sexual está mediado por las actitudes, norma subjetiva, control percibido de la comunicación sexual, comodidad para comunicarse y conocimiento sobre temas sexuales; 4) Comprobar si la edad, sexo y escolaridad moderan el efecto de la intervención “¡Cuídate!” sobre la intención y la comunicación sexual de padres a hijos y tres hipótesis: 1) Los padres que participaron en el programa “¡Cuídate!” reportan mejores actitudes, norma subjetiva, control percibido de la comunicación sexual, comodidad para comunicarse y conocimiento sobre temas sexuales que los padres del grupo control después de la intervención; 2) Los padres que participaron en el programa “¡Cuídate!” incrementarán significativamente la comunicación sexual que los padres del grupo de control después de la intervención, al mes y a los dos meses; 3) Los padres que participaron en el programa “¡Cuídate!” incrementarán significativamente las intenciones para comunicarse acerca de sexo que los padres del grupo control después de la intervención, al mes y a los dos meses. El diseño fue cuasi-experimental de mediciones repetidas con aleatorización al grupo

experimental y control. Se realizaron cuatro mediciones para ambos grupos; pre-test, post-test, y dos seguimientos. La muestra de estudio fue de 80 padres (40 para el grupo experimental y 40 para el grupo control) con hijos(as) adolescentes entre 14 y 18 años. Para la medición de las variables de estudio se utilizaron instrumentos de lápiz y papel, los cuales presentaron confiabilidades aceptables. Para la comprobación de las hipótesis se utilizó coeficiente de correlación de Spearman, pruebas U de Mann-Whitney y Modelos de Regresión Lineal Múltiple.

Contribuciones y Conclusiones: En el objetivo uno se puede concluir que los padres reconocieron dificultades para comunicarse con sus hijos(as) sobre sexualidad, así como factores que influían negativamente para tener conductas de riesgo sexual (CRS); como lo es el darles demasiada libertad e información sexual y el ocio, la desintegración paterna, creencias negativas sobre comunicación por tener sentimiento de culpa o vergüenza para hablar sobre temas sexuales. Así mismo los padres refirieron darle recomendaciones a sus hijos(as) para prevenir CRS y sugirieron características que favorecen a una buena comunicación de padres a hijos(as), mencionaron las experiencias previas mismas que estas influyen positiva o negativamente en la conducta del adolescente y la falta de conocimiento para hablar sobre temas sexuales. En relación a la comprobación del objetivo dos se puede concluir que no se encontró una medición entre las variables del estudio con el efecto de la intervención aunque se muestran que las variables que influyen directamente y significativamente en la comunicación sexual son el control percibido y el conocimiento sobre temas sexuales. En el objetivo tres se concluye que no se encontró una medición entre las variables del estudio con el efecto de la intervención aunque se muestra que el control percibido de la comunicación sexual influye en la intención de comunicación sexual. En base al objetivo cuatro los resultados muestran que las variables de estudio género, edad del hijo(a) y del padre, así como la escolaridad y el grupo en el que participo no influyen en la intención ni en la comunicación sexual. En relación a la hipótesis uno, se concluye que solo la variable actitudes acerca de la comunicación sexual mostró diferencia significativa en el seguimiento uno (mes) posterior a la intervención ($U= 381.500$, $p < .05$) obteniendo una media mas alta para el grupo de intervención. La hipótesis dos mostró que existió una diferencia significativa en la comunicación sexual de los padres en el seguimiento dos (dos meses) posterior a la intervención educativa ($U= 392.500$, $p < .05$). Finalmente, la hipótesis tres mostró que los padres que participaron en el programa “¡Cuídate!” no mostraron mayores intenciones para comunicarse acerca de sexo que los padres del grupo control después de la intervención en ninguna de las tres mediciones. Se concluye que la intervención “¡Cuídate!” es efectiva a la población estudiada, incrementando en los participantes conocimientos, habilidades y destrezas para aumentar la comunicación de padres a hijos(as). Para futuras investigaciones se recomienda revisar y rediseñar el instrumento de actitudes acerca de la comunicación sexual, profundizar la variable de actitudes acerca de la comunicación sexual en el currículo y realizar seguimientos a los tres, seis y doce meses posteriores a la intervención para observar el efecto de las variables en un periodo más amplio.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO
MCE. María Aracely Márquez Vega
Candidata para obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: INTERVENCIÓN SOBRE COMUNICACIÓN SEXUAL PARA PADRES EN COMUNIDADES URBANO-MARGINADAS

Biografía: María Aracely Márquez Vega, nació en Reynosa, Tamaulipas, el 22 de Enero de 1984; hija del Ing. Ladislao Márquez Hernández y la Sra. Aracely Vega López.

Educación: Egresada de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) con el grado de Licenciatura en Enfermería (2000-2004) y de la Maestría en Ciencias de Enfermería con énfasis en Salud Comunitaria (2004-2006).

Docencia: Instructora de Prácticas Clínicas (Agosto, 2005) y Profesora de Asignatura “A” de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León desde Agosto 2006 a la fecha.

Asociaciones y Membresías: Miembro activo del Sigma Theta Tau Internacional, Capítulo Tau Alpha 2004 a la fecha.

Reconocimientos: Tercer lugar de Generación en la carrera de Maestría en Ciencias de Enfermería. Modalidad Presencial (Junio, 2006). Segundo lugar en el Concurso Estatal de Investigación en Salud. En el área: I. Ciertas enfermedades infecciosas: a) Tuberculosis Pulmonar, Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA, Dengue (Noviembre, 2006). Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) para realizar estudios de Doctorado en Ciencias de Enfermería en la UANL (2008-2011).

Investigación: Auxiliar de Investigación de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León desde Agosto 2006 a la fecha. Entrenadora y Facilitadora del currículo para padres del Proyecto “Intervención para reducir el riesgo de VIH/SIDA en Adolescentes de Comunidades Marginadas de Monterrey, N. L.”. Facilitadora del Proyecto “Intervención para Prevención de VIH/SIDA en Hombres y Mujeres Chilenos” Proyectos de Investigación Mano a Mano.

Seminarios, Ponencias y Presentaciones: Participación como ponente de trabajos orales en congresos nacionales y presentación de pósters en congresos nacionales e internacionales.

E-mail: aracely_marquez000@hotmail.com

Capítulo I

Introducción

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad infecciosa, causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que ataca al sistema de defensas del ser humano y lo deja desprotegido ante cualquier microorganismo. El SIDA es uno de los principales problemas de salud mundial y una de las principales causas de muerte (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2004); en el 2006, 38.6 millones de personas estaban infectadas con el VIH (Organización de las Naciones Unidas contra el SIDA [ONUSIDA], 2006). El Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA, 2009) refiere que el grupo de edad más afectado y con mayor número de casos de VIH/SIDA es el de 15 a 44 años. Si se toma en cuenta que el período de latencia medio asintomático es aproximadamente de ocho a diez años, se puede decir que por lo menos la mitad de estas personas se infectaron durante la adolescencia.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2003 reporta que una de cada diez personas padece una Infección de Transmisión Sexual (ITS), de las cuales el 30% corresponden a la población de adolescentes con predominio en el sexo masculino. Lo anterior sugiere que los adolescentes están teniendo relaciones sexuales desprotegidas (sin uso del condón) con personas infectadas con ITS o VIH/SIDA (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2009). Lo anterior puede deberse a que en la adolescencia se presentan cambios bio-psicológicos que aunado a la presión de sus pares los predisponen a experimentar Conductas de Riesgo Sexual (CRS) que los hacen más vulnerables a las infecciones por VIH (Harper & De Carlo, 1999).

Durante esta etapa de crecimiento y desarrollo en la cual tratan de descubrir su identidad reciben mensajes sobre sexualidad principalmente de amigos y de

material gráfico de diferente procedencia que los confunden. Por otro lado, los adolescentes también reciben información de los padres, aunque en menor medida; siendo estos de quien el adolescente recibe mayor beneficio (Talavera, 2002). Gran parte de los padres reconoce que es su responsabilidad informar a sus hijos adolescentes sobre cómo prevenir el VIH/SIDA e ITS, sin embargo, no se sienten capaces de educar a sus hijos en aspectos de sexualidad (CONASIDA, 2000). Aunado a que en esta etapa, la interacción adolescente-padre frecuentemente se caracteriza por una expresión afectiva negativa (Mendizabal & Anzures, 1999), lo que dificulta la comunicación sobre sexualidad.

Existen diversos factores que se relacionan con la comunicación sobre temas de sexo entre padres e hijos. Uno de estos es el género, las mujeres adolescentes refieren tener mayor comunicación con su madre; mientras que los varones con su padre (Lehr, Dilorio, Dudley & Lipana, 2000; Márquez & Duran, 2007; Somers & Paulson, 2000). Otro factor relacionado es la escolaridad de los padres, mientras más años de estudios tengan, mayor es la comunicación con sus hijos para prevenir CRS. Además de estos factores personales, se ha encontrado que los padres podrán hablar con sus hijos sobre temas sexo, en la medida que ellos se perciban con la confianza de hacerlo, y tengan los conocimientos y habilidades necesarias para ello (Jemmott, Villarruel & Jemmott, 2000; Márquez & Duran, 2007).

La familia es el sistema que influye de manera más positiva en la conducta sexual del adolescente (Perrino, González-Soldevilla, Patin & Szapocznik, 2000), por lo que la comunicación de los padres con los hijos acerca de sexo es fundamental para modificar actitudes y conductas de los hijos. Algunos padres creen que hablar con sus hijos sobre sexo, significa darles permiso de practicarlo; sin embargo, se sabe que la comunicación sobre temas de sexo entre padres e hijos es un factor protector para disminuir las CRS (Fondo de Población de las Naciones Unidas en México, 2003). Por lo anterior, es necesario que los padres adopten un papel más

activo al discutir temas sobre sexualidad con sus hijos para responder a sus dudas o brindarles información acerca de cómo protegerse de ITS y VIH/SIDA (Calle, 2005).

En base a esto se han desarrollado diversas intervenciones destinadas a mejorar la comunicación sobre temas de sexo entre padre e hijos adolescentes con la finalidad de prevenir las CRS para VIH/SIDA. Los resultados de estas intervenciones demuestran que son efectivas, ya que después de la participación de los padres, estos reportaron mayor comunicación en general y acerca de sexo, así como mayor autoeficacia para comunicarse con ellos sobre temas sexuales. En el caso de los adolescentes, estos reportaron mayor autoeficacia para abstenerse de realizar CRS y menor intención de tener relaciones sexuales antes de terminar la escuela secundaria (Blake, Simkin, Ledsky, Perkins & Calabrese, 2001; Dilorio et al. 2006; O'Donnell et al. 2005). Sin embargo, cabe destacar que las intervenciones antes mencionadas se han llevado a cabo en población anglosajona y afroamericana.

En México, el trabajo con padres para incrementar la comunicación acerca de sexo ha sido escaso; pero se cuenta con una intervención educativa que ha resultado ser efectiva en población mexicana (Gallegos, Villarruel, Gómez, Onofre & Zhou, 2007; Villarruel, Loveland, Gallegos, Ronis & Zhou, 2008). Esta intervención desarrollada por un grupo de profesionales se titula “¡Cuídate!” y los resultados muestran que los padres después de recibir la intervención reportaron mayor conocimiento y comunicación sobre temas en general, de sexo y comodidad en la misma. Así mismo, se mostró que la comunicación sobre temas de sexo disminuyó la probabilidad de que los hijos adolescentes llevarán a cabo CRS.

En este sentido enfermería juega un papel de acompañamiento, donde los padres son los protagonistas de la educación sexual de sus hijos; siendo esta la forma más efectiva de combatir los altos índices de embarazos no deseados, ITS y el VIH/SIDA en adolescentes. “¡Cuídate!” es un programa basado en teoría y en los

aspectos culturales específicos de los mexicanos. Los principales componentes son las creencias, el valor de la familia y los conocimientos que se relacionan con la comunicación sexual entre padres e hijos adolescentes.

Su efectividad solo ha sido probada en población de nivel socioeconómico medio; sin embargo, no se ha probado en otras poblaciones, específicamente la urbano-marginada que se encuentra en mayor riesgo. Esta población se caracteriza porque se vive en condiciones de privación económica, hacinamiento e inestabilidad familiar, tienen bajo nivel de escolaridad y creencias negativas sobre sexualidad en las cuales el padre piensa que el adolescente tiene conocimiento suficiente, que su hijo(a) no está preparado para hablar sobre temas de sexo, que el platicar con ellos los incentiva a tener relaciones sexuales, que sus hijos no los escucharan o por temor, vergüenza e incomodidad (Reyes-Morales et al. 2009). Es bien sabido que tanto padres como adolescentes de grupos de estrato socioeconómico bajo son más vulnerables ya que se reportan mayor número de relaciones sexuales sin protección y la comunicación de padres a hijos se da en menor medida (Colomer, 2003).

De acuerdo a lo anterior, es de gran importancia promover mayor comunicación acerca de sexo entre padres e hijos de comunidades urbano-marginadas debido a que es necesario extender el beneficio de esta como factor protector en los adolescentes para disminuir la CRS. Esto se puede lograr a través de programas educativos como “¡Cúdate!” que ofrece a los padres herramientas, conocimientos y habilidades para que tengan una mayor comunicación con sus hijos sobre sexualidad. Por lo anterior, el objetivo general del presente estudio fue adaptar esta intervención para determinar si el programa “¡Cúdate!” incrementa la comunicación sexual de padres de adolescentes de comunidades urbano-marginadas del área metropolitana de Monterrey, N. L.

Marco de Referencia

La Teoría de la Acción Razonada y Conducta Planeada (TBP, por sus siglas en inglés) de Fishbein y Ajzen se usó como base para el presente estudio (1975; 1980; 1988; 1991). Además, se presenta el Modelo del Proceso de Adaptación de McKleroy, et al. (2006) que provee el marco de referencia para la adaptación de la intervención a población urbano-marginada.

La Teoría de la Acción Razonada y Conducta Planeada.

La TBP ha probado su validez y utilidad para explicar las conductas de salud, además se ha utilizado para fundamentar intervenciones que modifican conductas de salud (Ajzen, 1991). Esta teoría es aplicable, tanto para explicar cómo se da la comunicación sexual y también para fundamentar el desarrollo del programa “¡Cuidate!” propuesto para su adaptación (Gallegos, Villarruel, Gomez, Onofre & Zhou, 2007; Villarruel, Loveland, Gallegos, Ronis & Zhou, 2008).

La Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1980) plantea que los comportamientos están bajo el control de la persona, debido a que el ser humano es un ser racional que procesa la información utilizándola de manera estructurada con el fin de evaluar y tomar decisiones. En otras palabras, la conducta está determinada por un proceso de pensamiento lógico que se denomina intención. A su vez, la intención del sujeto para realizar una conducta en particular se logra como resultado de la interrelación entre las creencias conductuales y normativas. Por lo que a continuación se da una breve descripción de cómo se forman las creencias.

Creencias. Las creencias se refieren a juicios subjetivos de la relación entre el objeto de creencia, otros objetos, valores, conceptos o atributos que hacen las personas para entenderse a sí mismas y al ambiente que las rodea. Una fuente de

información acerca de esta relación es la observación directa. Estas experiencias directas con el objeto dan como resultado la formación de creencias descriptivas. Existen también, otras creencias, llamadas creencias inferenciales, las cuales van más allá de una relación directa observable. La diferencia entre estos dos tipos de creencias es que la primera tiene que ver con la adquisición de nueva información y la otra con el procesamiento de información. Por lo tanto, una persona forma sus creencias sobre un objeto a partir de la observación directa y de la información recibida de fuentes externas. De esta forma el ser humano es concebido como ser racional que usa la información disponible para emitir juicios que lo llevan a la toma de decisiones. Estas creencias de la persona sirven como información base que determina sus actitudes, intenciones y conductas.

Actitudes. De acuerdo a lo anterior, la actitud de una persona hacia un objeto se basa en sus creencias conductuales, las cuales son de índole individual y se refieren a la probabilidad subjetiva de que el comportamiento va a producir un resultado favorable o desfavorable. La actitud de una persona influye en la manera que ejecuta una acción y esta se relaciona con la creencia de que cierta conducta puede conducir a ciertas consecuencias. De acuerdo a esto, la actitud es vista como el mayor determinante de la intención para desempeñar la conducta en cuestión. Se puede decir que la creencia del padre acerca de tener un resultado favorable o desfavorable en la comunicación sobre temas sexuales con en sus hijos(as) adolescentes tal como la prevención de embarazos no deseados, ITS y VIH/SIDA incrementarán o disminuirán las intenciones de hablar con sus hijos(as) sobre métodos anticonceptivos o condones.

Norma subjetiva. Otra creencia relevante para que se dé una intención conductual es la creencia de naturaleza normativa, la cual se refiere a la percepción de la persona sobre la aprobación de referentes importantes (otros individuos o grupos) acerca de una conducta determinada; estas creencias son de índole social. El

componente normativo requiere que se establezca una relación entre la base de información y sus componentes específicos y en examinar sus efectos. De acuerdo a esto, la persona podría o no estar motivada si recibe la presión normativa de un referente. La interrelación entre las creencias normativas y esta motivación, se denomina norma subjetiva. En otras palabras, los padres tendrán mayor comunicación sobre temas sexuales con sus hijos(as) adolescentes si creen que otros, como la familia, sus hijos(as) o la iglesia, aprueban que lo hagan. De acuerdo a esto, la intención tiene dos precursores que la explican; uno de índole individual que es la actitud hacia la conducta y otro social llamado norma subjetiva (Ajzen 1988; Fishbein y Ajzen, 1975).

Control percibido de la conducta. Ajzen y Fishbein (1988) expandieron los conceptos y relaciones anteriormente mencionados de la Teoría de la Acción Razonada y propusieron la Teoría de la Conducta Planeada. En esta extensión, se introduce otra creencia, denominada creencia de control, la cual se describe como la percepción de factores que pueden facilitar o impedir el desempeño de un comportamiento. Los autores asumen que estas creencias en combinación con el poder percibido en los factores a controlar determinan el control percibido de la conducta. En otras palabras, el poder que la persona percibe sobre los factores que impiden o facilitan la realización de una conducta contribuye a la percepción de control conductual. Cabe destacar que lo anterior debe estar en proporción directa con la probabilidad subjetiva de que el factor en control está presente. Por lo que el control percibido de la conducta es la percepción de la persona acerca de su capacidad para llevar a cabo un comportamiento determinado. A diferencia de las otras dos creencias, solo el control percibido conductual puede predecir directa o indirectamente la intención y/o la conducta. En base a esto, se dice que los padres hablarán con sus hijos(as) sobre temas de sexo si creen que tienen la capacidad necesaria para ello.

Factores internos. Ajzen (1988), analizó varios factores que pueden influenciar el grado de control que una persona tiene sobre una conducta dada. Menciona que existen factores internos como la información, habilidades, capacidades y emociones. Los factores internos son elementos que dependen del individuo y pueden facilitar o dificultar el control sobre cierta conducta. En el caso del presente estudio los factores internos que influyen para que se de la comunicación de padres a hijos(as) son el conocimiento sobre temas sexuales y la comodidad para comunicarse sobre temas sexuales. En seguida se describen estos factores.

Achterbergh y Vriens (2002), refieren que el conocimiento es un proceso dinámico, consciente y fundamentado que antecede la toma de decisiones y la conducta de los individuos. El conocimiento permite articular el posible curso de las acciones, juzgar si el curso de estas llevará al resultado planeado y utilizar estos juicios para seleccionar las acciones que se ejecutarán. Por su parte, Givaudan, Vijver y Poortinga (2005), definen el conocimiento como la información que incrementa el rango de alternativas de cursos de acción que pueden ser considerados por una persona en una situación en particular. El conocimiento está directamente relacionado con el control percibido de la conducta, estudios indican que los padres que perciben mayor habilidad y capacidad para hablar con sus hijos(as) sobre temas de sexo son aquellos que consideran que cuentan con los conocimientos necesarios para comunicarse sobre estos temas (Dilorio, McCarty & Denzmore, 2006; Lehr, Demi, Dilorio & Facticeau, 2005). Por lo tanto, para el presente estudio el conocimiento sobre temas sexuales es la información con la que cuenta el padre acerca de los medios de transmisión de ITS/VIH-SIDA, además de la prevención de éstos y los embarazos no deseados.

Del mismo modo, la comodidad se refiere a una sensación confortable o agradable que produce bienestar. Se ha encontrado una relación de esta variable con

el control percibido de la conducta y con el conocimiento. Estudios de investigación han mostrado que los padres de adolescentes que perciben que cuentan con los conocimientos necesarios reportan sentirse más cómodos para hablar de sexo (Miller, Levin, Whitaker & Xu, 1998; Villarruel, Loveland, Gallegos, Ronis & Zhou, 2008). Villarruel et al. (2008) encontraron que existe una relación entre la creencia de control y la comodidad del padre para comunicarse sobre sexo. En el presente estudio la comodidad para comunicarse sobre temas sexuales se conceptualiza como la sensación confortable que percibe el padre al compartir información con su hijo(a) adolescente sobre temas relacionados a la sexualidad tales como embarazos a edad temprana, ITS y VIH/SIDA.

Variables individuales. Adicionalmente, la TBP establece que cualquier variable individual, como son las características socio-demográficas o personales (por ejemplo, el sexo, religión, escolaridad, el estímulo de la persona, etc.) puede influir sobre la intención a través de las actitudes, las normas subjetivas y el control percibido de la conducta. Sin embargo, existen estudios que muestran que el sexo y la escolaridad se relacionan directamente con la comunicación sobre temas sexuales (Lehr, Dilorio, Dudley & Lipana, 2000; Márquez & Duran, 2007; Somers & Paulson, 2000). Por lo que es posible afirmar que variables individuales, como el sexo y la escolaridad se relacionan con las actitudes, norma subjetiva, control percibido de la conducta y la comunicación sobre temas sexuales; a su vez estas variables individuales influyen indirectamente en las intenciones de comunicación sexual.

Intención. La intención conductual se compone de cuatro elementos: la conducta, el objeto al que la conducta va dirigida, la situación en que la conducta se realiza (lugar) y el tiempo en que la conducta es ejecutada (Fisbein & Ajzen, 1975); todos estos elementos están en función de la conducta misma. En consecuencia el nivel más específico de las intenciones sería aquel en el que la persona se propone

realizar una acción respecto a un objeto dado en un momento y situación específica. Por lo tanto, la intención es considerada como el predictor más próximo a la conducta y está determinada por las creencias de las personas.

Un individuo tendrá la intención de realizar una conducta dada cuando posea una actitud positiva hacia su propio desempeño en la misma, cuando crea que sus referentes sociales significativos piensan que debería llevarla a cabo y cuando considere que cuenta con las capacidades para realizarla (Fishbein, 1990). Para este estudio, la intención de los padres para comunicarse con sus hijos(as) adolescentes sobre temas de sexo está determinada por las actitudes, norma subjetiva y el control percibido de la conducta; por lo tanto si los padres tienen la intención de comunicarse acerca de sexo es más probable que lo hagan.

Conducta. A su vez la conducta se define como la manifestación observable de un comportamiento específico y está determinada principalmente por la intención para llevar a cabo dicha conducta. La conducta que se espera que los padres ejecuten es la comunicación sexual con sus hijos(as) adolescentes. De acuerdo a King (1992), la comunicación es el medio por el cual se transmite información en situaciones específicas para identificar intereses o problemas que permitan la adecuada toma de decisiones. En el presente estudio, la comunicación sobre temas sexuales se conceptualiza como el medio por el cual el padre o madre comparte información con su hijo(a) adolescente sobre cómo protegerse de embarazos a temprana edad, ITS y VIH/SIDA. Las relaciones de los conceptos se presentan en la siguiente figura (ver figura 1).

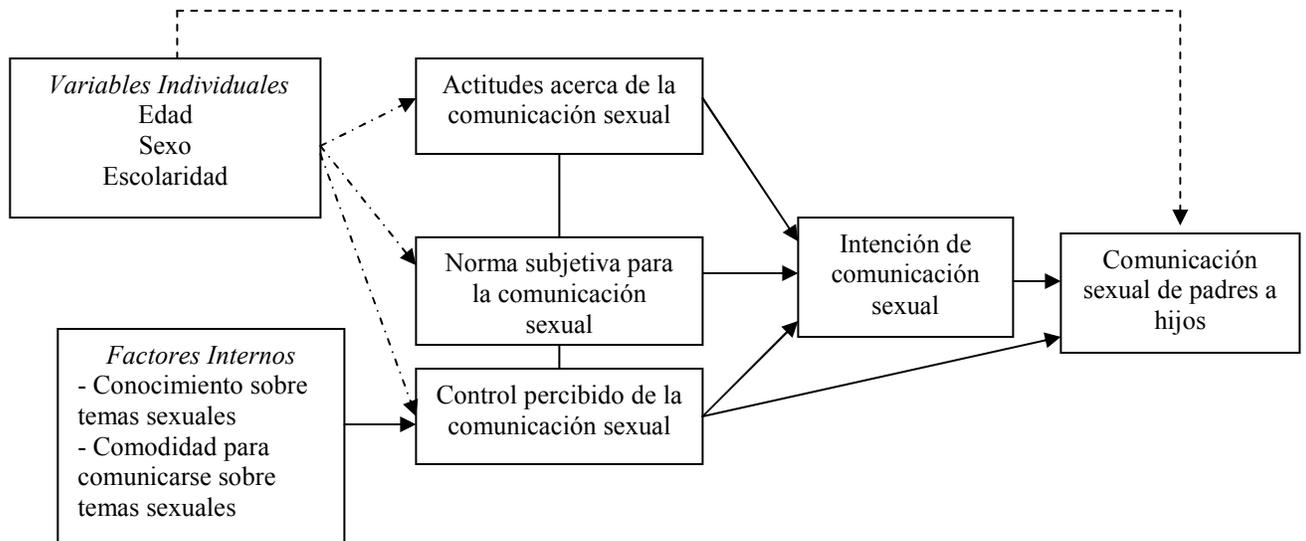


Figura 1. Esquema de relación de conceptos TBP para la comunicación sexual de padres a hijos.

A continuación se muestra el modelo de la intervención “¡Cuidate!” para incrementar la comunicación sexual de padres a hijos. Esta intervención educativa actúa como influencia externa que modifica las variables del modelo anterior y por ende los padres mejoraran sus actitudes, norma subjetiva, control percibido de la comunicación sexual, comodidad para comunicarse y conocimiento sobre temas sexuales; por lo que se espera que a través de esta modificación se incrementen la intención y la comunicación sexual de padres a hijos. Asimismo, este esquema también considera que las variables individuales, como la edad, el sexo y la escolaridad de los padres no influyan en el efecto que se espera de la intervención educativa “¡Cuidate!” sobre la intención y comunicación sexual de padres a hijos (ver figura 2).

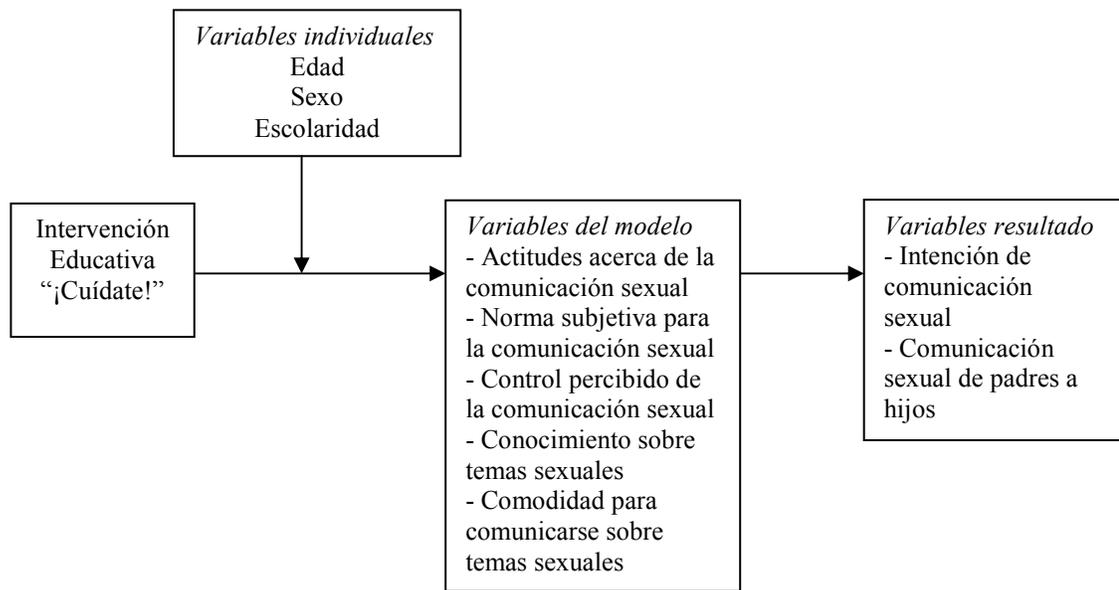


Figura 2. Modelo de la Intervención "¡Cuidate!" para incrementar la comunicación sexual de padres a hijos.

Marco de Referencia para la Adaptación de la Intervención.

La intervención "¡Cuidate!" se implementó en población urbano-marginada, la cual se encuentra en mayor riesgo ya que los padres se caracterizan por tener un bajo nivel de escolaridad, creencias negativas sobre sexualidad, conforman familias mono-parentales que viven en hacinamiento y privación económica donde regularmente los padres pasan la mayor parte del día fuera de sus hogares trabajando (Reyes-Morales et al. 2009). Por lo que resultó evidente la relevancia de la adaptación de la intervención propuesta. Rogers (1995) menciona que una adaptación es el grado en el cual una innovación es cambiada o modificada en el proceso de adopción e implementación. La adaptación puede incluir, eliminar, agregar, modificar componentes existentes, cambiar la manera o intensidad de los mismos o realizar modificaciones culturales requeridas a las circunstancias de la población (McKleroy et al. 2006).

Asimismo, se identificaron algunas razones por las cuales se requirió realizar una adaptación, una de ellas es simplificar la innovación, enfocar a un nuevo problema, aplicar a otra población, resumir una aplicación o actividad numerosa, realizar algunos cambios requeridos o por falta de recursos disponibles (Kelly et al. 2000; McKleroy et al. 2006; Rogers, 1995). Generalmente una adaptación se considera necesaria para hacer innovaciones relevantes a una población en particular de acuerdo a sus necesidades y esto podría ayudar a mejorar el programa para la comunidad (Centro de Prevención para Abuso de Sustancias [CSAP, por sus siglas en inglés], 2001); Jason, Durkal & Holton-Walker, 1984; McKleroy et al. 2006; Rogers, 1995). De acuerdo a lo anterior, el modelo de McKleroy et al. (2006) resulta útil para adaptar intervenciones basadas en evidencia que se planean implementar y evaluar en diferentes lugares y poblaciones. En el presente estudio se realizó la adaptación al programa “¡Cuidate!” a la población de nivel socioeconómico bajo ya que presentaron características particulares en cuanto a educación, lenguaje, creencias, además de una escasa comunicación padres e hijos(as). De acuerdo al modelo de McKleroy (2006) se llevaron a cabo tres etapas y cinco pasos para el proceso de adaptación, que a continuación se describen y se muestran en la figura 3.

Pasos de acción. El primer paso es la valoración, la cual implicó conocer a la población de interés, así como la revisión de la organización e intervención. El segundo paso fue la selección, donde se determina que componentes de la intervención requirieron ser modificados. El tercer paso consistió en la preparación, lo cual incluyó organizar actividades, modificar los materiales y se realizaron pruebas a la población de interés. El cuarto paso consistió en llevar a cabo una prueba piloto del plan de implementación y revisar sus componentes. El quinto paso fue la implementación de la intervención adaptada, en donde se realizó una revisión profunda de esta y se realizaron modificaciones menores necesarias.

Adicionalmente, este modelo incluyó una retroalimentación y revisión en cada uno

de estos pasos para asegurar que cada paso se haya realizado adecuadamente, lo cual permitió una revisión oportuna para identificar posibles dificultades ocurridas durante el proceso. Cabe destacar que el monitoreo y evaluación fueron claves para asegurar la calidad de la intervención; por lo que también fueron consideradas en el presente estudio.

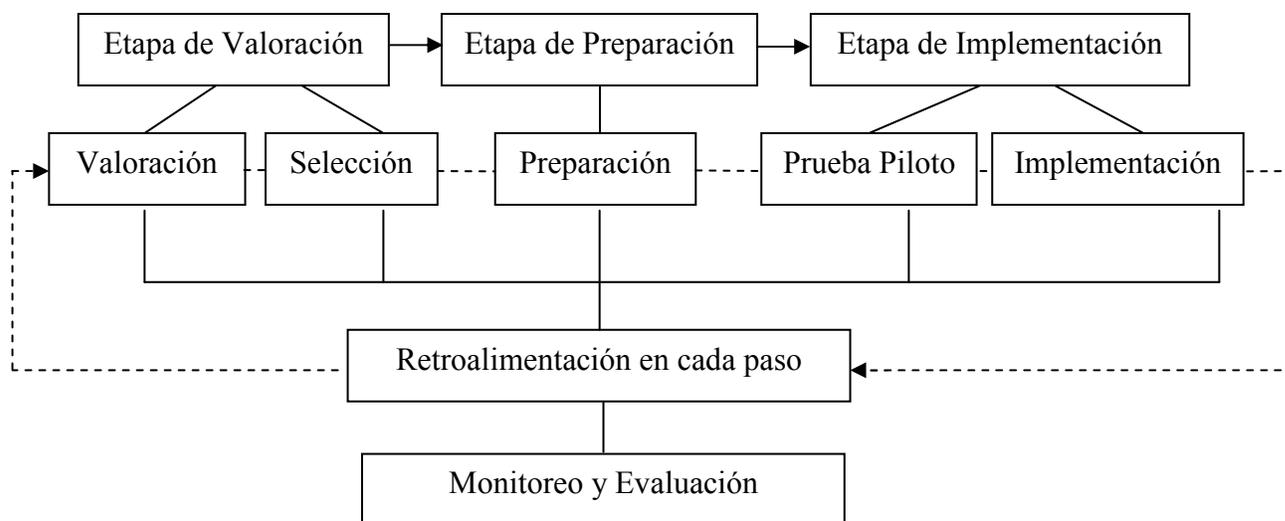


Figura 3. *Modelo del Proceso de Adaptación.*

Estudios Relacionados

En esta sección se presenta la revisión de literatura realizada para cada concepto representado en el esquema de comunicación sexual de padres a hijos. Adicionalmente se incluyó una revisión de intervenciones que han tenido como propósito incrementar la comunicación sexual. Al final de cada apartado se presenta una síntesis del mismo y al final de esta sección la síntesis general.

Actitudes acerca de la comunicación sexual.

Ramírez, González, Cavazos y Ríos (2006), realizaron un estudio para conocer las actitudes de los padres respecto a la sexualidad y las medidas preventivas para ITS y VIH/SIDA de los hijos(as). Se aplicó una encuesta a 1,584

padres de familia con hijos adolescentes en 97 diferentes escuelas secundarias del área metropolitana de Monterrey, N. L. Los resultados mostraron que la mayoría de los padres (96.2%) están de acuerdo en la necesidad de educación sexual de sus hijos, menos de la mitad de los padres hablan con ellos de tópicos con contenido sexual y la mayoría de los padres (75.3%) opina que el hablar del uso del condón con sus hijos(as) los predispone a tener relaciones sexuales.

Guilamo-Ramos, Jaccard, Dittus, Bouris y Holloway (2007) realizaron un estudio sobre la experiencia, confiabilidad y accesibilidad percibida por padres y adolescentes en la comunicarse sobre CRS. Se estudio a 668 diadas de madres y adolescentes en barrios económicamente desfavorecidos de Nueva York. Se realizó un análisis de sendero, en el cual se encontró que la expertéz y confiabilidad percibida presentaron un efecto en la comunicación sobre las consecuencias sociales y morales de la conducta sexual (*path coefficient* = .61, $p < .01$). No se encontró una relación significativa entre la accesibilidad y la comunicación sexual.

Pluhar, Dilorio y McCarty (2008) evaluaron la relación de las características personales, conocimientos, creencias, las interacciones y las relaciones familiares con la comunicación madre-hijo sobre temas de sexo. La muestra fue de 298 madres afroamericanas de nivel medio y bajo. Los resultados indican que entre mejores sean las expectativas de resultados positivos, mayor será la comunicación acerca de sexo ($r = .43$, $p < .001$). Asimismo, los padres refirieron sentirse muy confortables para hablar con sus hijos sobre temas sexuales (52.4%).

Benavides (2007) en su estudio con 756 adolescentes latinos de 14 a 17 años y uno de sus padres, desarrolló un modelo de interacción de los padres y los adolescentes. La autora reporta que las actitudes se relacionaron positivamente con la comunicación acerca de sexo ($r = .40$, $p < .001$) y con la comodidad para comunicarse sobre temas de sexo ($r = .36$, $p < .001$). Se reportó que estas son significativamente diferentes de acuerdo al sexo del hijo ($F = 4.41$, $p < .05$). Y por

medio de un modelo de ecuaciones estructurales determinó que las actitudes y el control percibido de la conducta, en conjunto predicen la comunicación acerca de sexo entre padres y adolescentes ($X^2_{(15)} = 27.28, p = .03$).

Por lo anterior, se puede concluir que las actitudes negativas que con mayor frecuencia se presentan en los padres acerca de la comunicación sexual son la vergüenza, la idea de que sus hijos no los van a escuchar y que el platicar con ellos acerca de sexualidad los motiva a tener relaciones sexuales. También existe evidencia de que las actitudes se relacionan con variables individuales (el sexo del adolescente) y factores internos (comodidad para comunicarse sobre temas sexuales). Aunque no se encontraron estudios que mostraran una relación con las intenciones, la mayoría de los estudios refieren que las actitudes influyen en la comunicación sexual de padres a hijos.

Norma subjetiva para la comunicación sexual.

Gale et al. (2007) realizaron un estudio en una muestra de 281 adolescentes y sus madres, en donde encontraron que la percepción materna de las normas sociales acerca de los roles del hombre y la mujer tienen un efecto negativo en la comunicación acerca de temas de sexo ($B = -.14, p < .01$). En otras palabras, si las madres perciben que no es bien aceptado por la sociedad que se platique sobre sexo con su hijo(a) es menos probable que lo hagan.

Ketchen et al. (2005) estudiaron las creencias tradicionales sobre el género como factores relacionados con la comunicación de padres a hijos sobre temas sexuales. Se analizaron 1,060 pre-adolescentes afroamericanos y sus madres. Los resultados mostraron que las madres hablan con más frecuencia con sus hijas que con sus hijos sobre educación sexual ($B = .31, p < .01$) y reducción de riesgo sexual ($B = .10, p < .01$). Así mismo, se reportó que las madres con mayores creencias

tradicionales en cuanto al género tienen menor disposición para hablar con sus hijos(as) sobre reducción del riesgo sexual ($B = -.11, p < .01$).

Jerman y Constantine (2010) estudiaron los precursores demográficos y psicosociales de la comunicación sobre temas de sexo entre padres e hijos en una muestra de 907 padres y sus hijos adolescentes. Encontraron que más del 70% de los padres perciben dificultades como vergüenza para comunicarse sobre temas sexuales y piensan que sus hijos no los escucharán. En el análisis de regresión jerárquica, reportan que estas dificultades percibidas tienen un efecto inverso y moderado sobre la cantidad de la comunicación para discutir sobre tópicos sexuales ($B = -.34, p < .05$). Madres con mayores creencias respecto a las normas de género se comunican y educan más a sus hijas sobre temas de sexo ($B = .67, p < .001$), a diferencia de lo reportado para sus hijos ya que no se encontraron resultados significativos ($B = .09, p = .61$).

Davis, Blitstein, Evans y Kamyab (2010) realizaron un estudio para examinar la relación que existe entre las cogniciones y la comunicación acerca de sexo de 1,969 padres. Los resultados obtenidos muestran que la norma social acerca de la edad apropiada para iniciar la vida sexual se asoció con las recomendaciones hechas por las madres ($OR = 1.21, p = .02$) y por los padres ($OR = 1.15, p = .03$) a sus hijos para que esperaran a ser mayores para tener sexo.

Martino, Elliott, Corona, Kanouse y Schuster (2008) realizaron un estudio en 312 adolescentes y sus padres con la finalidad de evaluar la influencia de la extensión y repetición en sus discusiones sobre sexualidad. Los autores reportan que aquellos padres que percibieron tener mejor relación con sus hijos tienen mayor probabilidad de discutir mayores temas de sexo con menor repetición ($B = .51, p < .001$).

De acuerdo a lo anterior, se puede concluir que la norma subjetiva influye en cuanto al papel que tiene el hombre y la mujer dentro de la sociedad influye en la

comunicación sexual de los padres con sus hijos(as) adolescentes. Asimismo, las normas sociales acerca de la edad apropiada para el inicio de las relaciones sexuales y la percepción de una buena relación con sus hijos(as) adolescentes predijeron la comunicación sobre tópicos sexuales.

Control percibido de la comunicación sexual.

A continuación se presentan estudios sobre auto-eficacia para comunicarse acerca de temas de sexo debido a que Ajzen (1991) en la TBP reconoce que el concepto de control percibido de la conducta surge del concepto de auto-eficacia Bandura (1987). Asimismo, Fishbein y Cappella (2006) refieren que ambos conceptos son iguales y que pueden ser medidos con reactivos de auto-eficacia (Ajzen, 2002).

Lehr, Demi, Dilorio y Facticeau (2005), examinaron los predictores de comunicación de padres a hijos en temas sexuales en una muestra de 155 padres de adolescentes. A continuación se presentan los promedios (rango: 1-5) reportados por los padres sobre su capacidad percibida para compartir información con sus hijos en lo siguiente: cómo se transmite el SIDA (*Media* = 2.98, *DE* = 1.51), cómo se transmiten las ITS (*Media* = 2.91, *DE* = 1.30), prevención de embarazo (*Media* = 2.73, *DE* = 1.34) y uso de condón durante el sexo (*Media* = 2.62, *DE* = 1.44). La media total para autoeficacia para comunicarse sobre temas de sexo fue de $4.20 \pm .69$.

Dilorio, McCarty y Denzmore (2006) estudiaron el efecto de una intervención sobre comunicación en temas de sexo de padres a hijos que estaba mediada por la variable social cognitiva de autoeficacia en 277 padres. Los resultados mostraron que la comunicación sobre temas sexuales se relacionó positivamente con la autoeficacia ($r = .33, p < .001$).

Pluhar, Dilorio y McCarty (2007) realizaron un estudio con 298 madres de adolescentes y mostraron que la comunicación madre-hijo(a) sobre temas de sexo se relacionó con las creencias de control ($r = .41, p < .001$). Asimismo, reportaron que no existe relación de ésta con la edad de la madre y el nivel socioeconómico.

Dilorio et al. (2001) midieron la autoeficacia de los padres y su asociación con la comunicación acerca de temas sexuales con los hijos adolescentes, en población afroamericana. Los resultados mostraron que la autoeficacia en comunicación general se relacionó con discutir temas de sexo con sus hijos de ambos géneros ($r = .33, p < .001$). En la prueba t para comparación de medias, las madres de hijas expresaron un nivel más alto de autoeficacia para hablar de tópicos sexuales que las madres de varones ($t = 3.43, p < .001$).

Los estudios muestran que los padres se percibieron capaces para compartir información con sus hijos sobre VIH/SIDA, ITS, prevención de embarazo, uso de condón durante el sexo. Por lo anterior, se concluye que el control percibido de la comunicación sexual se relaciona positivamente con la comunicación sobre temas sexuales independientemente del género del hijo. Respecto a la edad de la madre y el nivel socioeconómico no se encontró relación entre estas y las creencias de control para la comunicación sexual.

Intención de comunicación sexual.

Tanner, Carlson, Raymond y Hopkins (2008) realizaron un estudio para probar un modelo sobre la orientación paterna a varios niveles y su influencia en las intenciones para comunicarse con sus hijos acerca de sexo en 146 padres de adolescentes entre 12 y 16 años. Los autores encontraron que padres afectivos y con actitudes positivas tienen mayores intenciones de comunicarse con sus hijos acerca de sexo ($\beta = .35, p < .05$); donde el modelo mostró un ajuste aceptable ($X^2 = 92.27, p < .001, CFI = .93, RMSEA = .53$).

Miranda, Benavides y Salas (2010), realizaron un modelo de comunicación sexual en padres de adolescentes para identificar la relación entre las creencias conductuales, la presión social y norma subjetiva con las intenciones y comunicación sexual en 115 padres de comunidades de nivel socio-económico bajo. Los resultados muestran que las creencias normativas ($\beta = .50, p < .01$) y de control ($\beta = .27, p < .01$) se relacionaron con las intenciones de comunicación sexual, mientras que las creencias conductuales no mostraron una relación significativa ($\beta = .10$). El modelo de regresión muestra que estas tres variables explican 35% de la variabilidad en las intenciones sexuales. Al igual que en el modelo anterior las variables que predijeron la comunicación sexual fueron las creencias normativas ($\beta = .38, p < .01$) y de control percibido de la conducta ($\beta = .59, p < .01$), pero no las creencias conductuales ($\beta = .11$). Estas tres variables explican 35% de la variabilidad en la comunicación sexual. Asimismo las intenciones mostraron un coeficiente de regresión alto y significativo con la comunicación sexual ($\beta = .62, p < .01$).

Por lo anterior se concluye que las actitudes, norma subjetiva y control percibido de los padres se relacionan con las intenciones de comunicación sexual. Estas últimas a su vez junto con la intención predicen la comunicación sexual entre padres e hijos.

Conocimiento sobre temas sexuales.

Ramírez, González, Cavazos y Ríos (2006), realizaron un estudio acerca de las medidas preventivas para VIH/SIDA e ITS en 1,584 padres de familia con hijos adolescentes del área metropolitana de Monterrey, N. L. Los resultados mostraron que los padres refirieron que se les dificultó hablar de sexualidad con sus hijos debido a la falta de conocimiento o eficacia (33.3%), pena o vergüenza (28.9%), edad inapropiada (10.4%) o hijo del sexo opuesto (5.9%).

Lehr, Demi, Dilorio y Facticeau (2005), examinaron los predictores de conocimiento y comunicación de padres a hijos sobre temas sexuales, en una muestra de 155 padres de adolescentes en población estadounidense. Los autores reportaron que el conocimiento sobre SIDA y sexo seguro se relaciono con la educación del padre ($r = .18; p < .05$).

Se concluye que los padres refieren dificultad para comunicarse con sus hijos sobre temas sexuales, así como la educación tiene una relación con el conocimiento de los padres sobre VIH/SIDA y sexo seguro.

Comodidad para comunicarse sobre temas de sexuales.

Dilorio, Kelley y Hockenberry-Eaton (1999), realizaron un estudio para identificar el contenido, características y nivel de comodidad para hablar sobre temas sexuales en 382 madres e hijos(as) adolescentes de 13 a 15 años de nivel socioeconómico bajo. Los resultados mostraron que los adolescentes varones eran más propensos que las mujeres para hablar sobre temas sexuales con sus padres. Por otra parte las madres reportaron sentirse más cómodas hablando de temas de sexo.

Klein et al. (2005), realizaron un programa de educación sexual en 174 padres con la finalidad de mejorar la comunicación sobre sexualidad con sus hijos, los resultados mostraron que posterior al programa los padres refirieron que es muy importante hablar con sus hijos sobre sexualidad (75% vs 83%, $p < .01$). Así mismo, los padres reportaron sentirse muy cómodos al responder las preguntas de sus hijos sobre temas de sexo.

Se concluye que los padres y madres de adolescentes que reportan que es importante comunicarse sobre temas sexuales con sus hijos(as), sin embargo, se aprecia que estos se sienten más cómodos al platicar con sus hijos del mismo género.

Comunicación sexual de padres a hijos.

Miller, Kotchick, Dorsey, Forehand y Ham (1998) exploraron la franqueza de comunicación con los padres y los adolescentes sobre temas de sexualidad y diferencias por género en población estadounidense. Los resultados demostraron que los adolescentes en general hablaron más con sus madres que con sus padres ($p < .05$), se reportó que la madre tenía mayor probabilidad de hablar con sus hijas que con sus hijos adolescentes ($p < .01$) y para los adolescentes varones hubo mayor probabilidad de hablar sobre temas de sexualidad con el padre que las adolescentes mujeres ($p < .01$).

Dilorio, Dudley, Terry y Wasserman (2001), estudiaron la asociación de las creencias con la comunicación sobre temas de sexo de padres a hijos en madres afroamericanas, los resultados mostraron que las creencias se relacionaron la comunicación sobre temas sexuales ($r = .32, p < .001$).

Somers y Paulson (2000), estudiaron la comunicación sobre sexualidad de padres y madres con sus hijos(as) adolescentes en población estadounidense. Los hallazgos mostraron que la media de comunicación fue más alta en las madres que en los padres: *Media* = 46.34 (*DE* = 17.33) y *Media* = 31.20 (*DE* = 12.76), respectivamente

Se puede concluir que la comunicación sexual de padres a hijos(as) se relaciona con las creencias. Las madres reportan tener mayor comunicación sobre temas de sexo que los padres y que este tipo de comunicación es más frecuente con sus hijos del mismo género.

Estudios de intervención en padres para aumentar la comunicación.

Blake, Simkin, Ledsky, Perkins y Calabrese (2001) realizaron una intervención aleatorizada y controlada con una muestra de 351 estudiantes y sus padres con la finalidad de mejorar la calidad de la comunicación sobre temas

sexuales. La intervención consistió en la asignación de cinco tareas que fueron completadas por ellos mismos, donde se aplicaron encuestas pre-test y post-test. Los resultados mostraron que los padres que participaron en el grupo de intervención reportaron más frecuencia en la comunicación acerca de prevención de CRS (*Media* = 1.6 vs 1.0).

Dilorio, McCarty y Denzmore (2006) realizaron un proyecto de prevención del VIH/SIDA para los padres y sus hijos con el objetivo de evaluar la eficacia de una intervención para retrasar el inicio de relaciones sexuales en adolescentes de 11 a 14 años y mejorar el papel del padre como educador de la sexualidad. La muestra fue de 277 padres y sus hijos, los padres fueron asignados aleatoriamente al grupo de intervención y control; así mismo, se realizó seguimiento a los tres, seis y doce meses. Los resultados mostraron una relación en la intervención sobre la autoeficacia para la comunicación padre a hijo y las actitudes al cambio de comportamiento ($r = .51, p < .001$).

O'Donnell, Stueve, Agronick, Wilson-Simmons, Duran y Jeanbaptiste (2005) realizaron una intervención para latinos y afroamericanos para facilitar la comunicación de padres a hijos. Los hallazgos mostraron que en el 68% de los padres aumentó la comunicación.

Green y Documet (2005) realizaron un programa de educación en 721 padres para aumentar la comunicación sobre temas de sexo y prevención de embarazo. Los resultados mostraron que después del programa los padres aumentaron su información sobre sexualidad y reportaron sentirse más cómodos para hablar con sus hijos sobre temas relacionados con la sexualidad.

Los Servicios Internacionales de Población (PSI, por sus siglas en inglés) y AIDSMARK (2005), implementaron un programa de comunicación interpersonal de padres a hijos (CIP, por sus siglas en inglés) en países de África, con la finalidad de transmitir a los padres conocimientos y habilidades para hablar con sus hijos acerca

de salud sexual, VIH y vida en general, los resultados después del programa mostraron un aumento significativo en la comunicación sobre VIH y la comodidad de los padres para hablar sobre temas de sexo.

En México, se han realizado estudios de intervención con adolescentes y sus padres para incrementar la comunicación sobre temas de sexo. Gallegos, Villarruel, Gómez, Onofre y Zhou (2007), reportan la efectividad del programa “¡Cuidate!” con adolescentes y al menos uno de sus padres, así como también, se describió el conocimiento y la comunicación sobre temas de sexo con padres y adolescentes mexicanos.

Las diferencias fueron encontradas entre los padres y los adolescentes en conocimiento sexual (*Media* = 16.16 contra *Media* = 14.92; $t = 7.20, p < .001$); específicamente, los padres tenían mayor conocimiento sexual sobre ITS, VIH/SIDA y uso del condón que los padres del grupo control; asimismo, también se encontró que no había diferencias en conocimiento de acuerdo a su nivel socioeconómico. Los padres percibieron menor comunicación para hablar sobre temas de sexo ($t_{(785)} = 4.69, p < .001$). Así mismo, se mostró que la comunicación sobre temas de sexo favorece que los adolescentes tengan menor probabilidad de llevar a cabo CRS.

Villarruel, Loveland, Gallegos, Ronis y Zhou (2008) realizaron un ensayo aleatorizado y controlado diseñado para probar la efectividad del programa “¡Cuidate!” incrementa la comunicación de padres mexicanos y disminuye las CRS de los adolescentes. Se analizaron los datos de 791 padres asignados aleatoriamente al grupo experimental (intervención del programa “¡Cuidate!”) y de control (intervención de promoción de la salud). Se realizaron medidas pre-test, post-test, y a los seis y doce meses de seguimiento. Se realizó una ecuación de estimación generalizada (GEE, por sus siglas en inglés) el análisis mostró que los padres en el grupo de intervención, la comunicación de riesgo sexual ($p < .001$) y comodidad en la comunicación ($p < .001$) que los padres del grupo control. Este estudio demuestra

la eficacia de una intervención para aumentar la calidad y cantidad de comunicación entre padres y adolescentes en general y comunicación relacionada con el sexo.

Los hallazgos reportados en los estudios de intervención muestran que una intervención educativa con padres incrementa la comunicación sobre temas sexuales. Los estudios realizados con población mexicana principalmente la intervención “¡Cuidate!” mostró ser efectiva para incrementar la comunicación sobre temas de sexo de padres hijos.

Síntesis.

De acuerdo a la revisión de literatura se concluyó que las actitudes, normas subjetivas y de control percibido de los padres hacia la comunicación sexual influyeron para que esta se lleve a cabo con sus hijos(as). Las actitudes de los padres acerca de la comunicación sexual son la vergüenza, la idea de que sus hijos no los van a escuchar y que el platicar con ellos acerca de sexualidad los motiva a tener relaciones sexuales. Las normas subjetivas que se relacionaron con la comunicación acerca de sexo son con mayor frecuencia las relacionadas con el género, seguidas de las normas socialmente aceptables para el inicio de las relaciones sexuales. El control percibido de la conducta que se reportó en la mayoría de los estudios como auto-eficacia y en la mayoría de los estudios se encontró por encima de la media en los padres y es una creencia que influyó fuertemente para que los padres se comuniquen sobre tópicos sexuales con sus hijos adolescentes. Las intenciones de comunicación sexual se relacionaron con las actitudes, norma subjetiva y control percibido de los padres, además que éstas últimas a su vez predicen la comunicación sexual entre padres e hijos.

La mayoría de los estudios se realizaron con padres de otros países, se encontraron dos estudios que reportaron la efectividad del programa “¡Cuidate!” la mayoría de estas intervenciones tienen como finalidad promover la comunicación

sobre temas de sexo para que se reduzcan las conductas sexuales de riesgo en los jóvenes. La información presentada mostró resultados favorables en el post-test y en los seguimientos en variables tales como: mayor comunicación sexual, mayor comodidad para comunicarse, actitudes más positivas, mayor control percibido y más conocimiento. Para aquellos estudios en los que se incluyó un grupo de control, la diferencia para estas variables fue significativa y mayor en el grupo experimental.

Definiciones de Términos

Variables individuales. Son las características personales como edad del padre y del hijo(a), sexo y escolaridad del padre. La *edad* son los años cumplidos al día del levantamiento de los datos. El *sexo* es el género que reportó el padre y el de su hijo(a) que puede ser masculino o femenino. La *escolaridad* se consideró como el último año de estudios cursado y aprobado. Todas las anteriores fueron registradas en una cédula de información general.

Factores internos. Son aquellas variables que pueden influenciar el grado de control que el padre tiene sobre la comunicación acerca de sexo y para el presente estudio son el conocimiento sobre temas sexuales y la comodidad para comunicarse sobre temas sexuales. *El conocimiento sobre temas sexuales* es la información con la que cuenta el padre acerca de los medios de transmisión de ITS, VIH/SIDA además de la prevención de estos y los embarazos no deseados. El cual fue indagado por el instrumento de preguntas sobre el embarazo, el SIDA y las ITS de Jemmott, Jemmott y Fong (1992). *La comodidad para comunicarse sobre temas sexuales* es la sensación confortable que percibe el padre al compartir información con su hijo(a) adolescente sobre temas relacionados a la sexualidad. La cual fue medida por el instrumento comodidad hablando sobre temas sexuales de Dilorio, Kelley y Hockenberry-Eaton, (1999).

Actitudes acerca de la comunicación sexual. Es la creencia del padre acerca resultado favorable o desfavorable que tendrá la comunicación sobre temas sexuales con sus hijos(as) adolescentes como la prevención de embarazos a edad temprana, ITS y VIH/SIDA. Las cuales fueron examinadas con el instrumento de actitudes de Jemmott, Villarruel y Jemmott (2000).

Norma subjetiva para la comunicación sexual. Es la creencia del padre acerca de la aprobación de referentes importantes como la familia, adolescente e iglesia sobre su comunicación de temas sexuales con sus hijos(as) adolescentes. La cual fue medida con el instrumento de normas subjetivas de Jemmott, Villarruel y Jemmott (2000).

Control percibido de la comunicación sexual. Es la facilidad o dificultad del padre para comunicarse con sus hijos(as) adolescentes sobre temas de sexo. El cual fue indagado a través del instrumento fácil o difícil de Jemmott, Villarruel y Jemmott (2000).

Intención de comunicación sexual. Es la pretensión de los padres para comunicarse con sus hijos(as) adolescentes sobre temas de sexo. La cual fue medida con el instrumento intenciones de Jemmott, Villarruel y Jemmott (2000).

Comunicación sexual de padres a hijos. Es la cantidad de información que comparte el cual padre con su hijo(a) adolescente sobre como protegerse de embarazos a edad temprana, ITS y VIH/SIDA. La cual fue medida con el instrumento comunicación sobre temas sexuales (Hutchinson, 1999; Hutchinson & Cooney, 1998).

Objetivos específicos

1. Realizar la adaptación del currículo “¡Cuídate!” para padres de adolescentes de comunidades urbano-marginadas.

2. Establecer si el efecto de la intervención “¡Cuídate!” sobre la comunicación sexual de padre a hijos está mediado por las actitudes, norma subjetiva, control percibido de la comunicación sexual, intención, comodidad para comunicarse y conocimiento sobre temas sexuales.
3. Determinar si el efecto de la intervención “¡Cuídate!” sobre la intención de comunicación sexual está mediado por las actitudes, norma subjetiva, control percibido de la comunicación sexual, comodidad para comunicarse.
4. Comprobar si la edad y sexo del padre y del hijo y la escolaridad moderan el efecto de la intervención “¡Cuídate!” sobre la intención y la comunicación sexual de padres a hijos.

Hipótesis

H₁: Los padres que participaron en el programa “¡Cuídate!” reportan mejores actitudes, norma subjetiva, control percibido de la comunicación sexual, comodidad para comunicarse y conocimiento sobre temas sexuales que los padres del grupo control después de la intervención.

H₂: Los padres que participaron en el programa “¡Cuídate!” incrementarán significativamente la comunicación sexual que los padres del grupo de control después de la intervención, al mes y a los dos meses.

H₃: Los padres que participaron en el programa “¡Cuídate!” incrementarán significativamente las intenciones para comunicarse acerca de sexo que los padres del grupo control después de la intervención, al mes y a los dos meses.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se describe la metodología del estudio. Primeramente se muestra el diseño del estudio, posteriormente la población, muestreo y muestra, los criterios de inclusión y exclusión. Asimismo, se describen los instrumentos de medición, descripción de la intervención, el proceso de adaptación de la intervención “¡Cuídate!”, la intervención para el grupo control, el procedimiento, los criterios de evaluación para la fidelidad de la intervención, el plan para análisis de datos, y las consideraciones éticas que guiaron al estudio.

Diseño del Estudio

En el presente estudio fue un diseño cuasi-experimental de mediciones repetidas con aleatorización al grupo experimental y control (Burns & Grove, 2005). Es de mediciones repetidas ya que se realizaron cuatro mediciones para ambos grupos; pre-test, post-test y dos seguimientos. El esquema del diseño se muestra en la tabla 1. El grupo experimental recibió un programa educativo para incrementar la comunicación de padres a hijos(as) sobre VIH/SIDA e ITS; “¡Cuídate!” Promueve tu Salud el cual tiene una duración de seis horas planeado en dos días o sábados consecutivos. Al grupo control se le aplicó el cuestionario pre-test y se reportó en una lista de espera, ya que al finalizar con el grupo experimental posterior al seguimiento dos, se procedió a darle la misma intervención al grupo control recibiendo el mismo beneficio que el experimental. Se realizaron mediciones pre-test, pos-test, al mes y a los dos meses.

Tabla 1

Esquema del diseño experimental con dos grupos y cuatro mediciones

Grupo experimental	O ₁	X	O ₂	O ₃	O ₄
Grupo control	O ₁	X	O ₂	O ₃	O ₄

O = Medición, X= Intervención

Población, Muestreo y Muestra

La población estuvo conformada por padres (padre o madre) de adolescentes entre 14 y 18 años de dos preparatorias urbano-marginadas del área Metropolitana de Monterrey, N. L., que aceptaron participar en el estudio. Los participantes se asignaron aleatoriamente al grupo experimental y control con el fin de garantizar la equivalencia de los grupos. De acuerdo a los estudios de intervención con padres de adolescentes se puede anticipó que la mayoría de los padres serían de sexo femenino siendo en este estudio en su totalidad madres de familia (Gallegos, Villarruel, Gómez, Onofre & Zhou, 2007; O'Donnell, Stueve, Agronick, Wilson-Simmons, Duran & Jeanbaptiste, 2005; Villarruel, Loveland, Gallegos, Ronis & Zhou, 2008). La muestra de estudio fue de 80 padres (40 para el grupo experimental y 40 para el grupo control), en el cual se tuvo una deserción del 20% de los participantes. El tamaño de la muestra se calculó por medio del paquete n'Query Advisor Version 4.0 (Elashoff, Dixon & Crece, 2000) para una prueba *t* de Student de muestras independientes con un nivel de confianza de .05, unilateral, una potencia de prueba de 90% y una $d = .80$; considerando un porcentaje de deserción de 30%.

Criterio de Inclusión

Padres de adolescentes que vivan en el mismo hogar con sus hijos(as).

Criterio de Exclusión

Padres de adolescentes que no acepten participar en el estudio.

Instrumentos de Medición

Las *actitudes acerca de la comunicación sexual* fueron valoradas a través del cuestionario actitudes de Jemmott, Villarruel y Jemmott (2000). Este instrumento valora las actitudes que tiene el padre o madre para hablar con su hijo(a) adolescente sobre temas de sexo, métodos anticonceptivos y uso de condón a través de dos subescalas; la creencia de que hablar sobre temas sexuales ayudaría a prevenir ITS, VIH/SIDA y embarazos y la creencia de reacción con la comunicación de que los padres se pudieran sentir avergonzados o que sus hijos(as) reaccionen negativamente al hablar de temas sexuales. Este instrumento está compuesto por 19 reactivos con opción de respuesta tipo Likert que van desde no (1) a sí (5). Un ejemplo de reactivo es: Me da mucha vergüenza hablar con mi hijo(a) acerca de sexo o Mi hijo(a) no me escucharía, si hablo con el (ella) sobre métodos anticonceptivos y/o condones; el puntaje total se obtiene calculando la media total de las respuestas del cuestionario donde más alto es el número que elija el participante más fuerte es su afirmación y entre más bajo es mayor su negación con el reactivo. Los autores han reportado un coeficiente de alpha de Cronbach de .66 y .88 (Villarruel, Loveland, Gallegos, Ronis & Zhou, 2008).

La *norma subjetiva para la comunicación sexual* fue medida con el instrumento normas subjetivas de Jemmott, Villarruel y Jemmott (2000). Este instrumento valora la opinión que tiene el padre o madre acerca de si la gente que

conoce aprobaría o desaprobaría que hablara con su hijo(a) adolescente sobre temas sexuales tales como, relaciones sexuales, abstinencia, métodos anticonceptivos y uso de condón; a través de tres subescalas: aprobación de la familia, del adolescente y de la iglesia. Este instrumento está compuesto por 13 reactivos con una escala de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta que va desde es muy mala idea (1) a es una muy buena idea (5); un ejemplo de reactivo es: la mayoría de las personas que son importantes para usted ¿aprobarían o desaprobarían que usted hablara con su hijo(a) sobre la abstinencia sexual? El puntaje total se obtiene calculando la media total de las respuestas del cuestionario donde mayor sea el número que se elija mayor aprobación y entre más bajo es mayor la desaprobación. Los autores han reportado un coeficiente de alpha de Cronbach de .62 (Villarruel, Loveland, Gallegos, Ronis & Zhou, 2008).

El *control percibido de la comunicación sexual* fue valorado a través del cuestionario fácil o difícil de Jemmott, Villarruel y Jemmott (2000). Este instrumento valoró que tanto se le dificulta a los padres hablar con su hijo(a) sobre temas sexuales. Está compuesto por 5 reactivos con una escala de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van desde muy difícil (1) a muy fácil (5) donde a mayor puntaje mayor facilidad para hablar sobre temas sexuales con los adolescentes. Un ejemplo de reactivo es: ¿Qué tan fácil o difícil sería para usted hablar con su hijo acerca de sexo? el puntaje total se obtiene calculando la media total de las respuestas del cuestionario donde más alto es el número que se elija la conducta es más fácil de realizar y entre más bajo la conducta es más difícil. Los autores han reportado un coeficiente de alpha de Cronbach de .89 (Villarruel, Loveland, Gallegos, Ronis & Zhou, 2008).

Conocimiento sobre temas sexuales. El conocimiento será valorado a través del cuestionario de preguntas sobre embarazo, el SIDA y las ITS de Jemmott, Jemmott y Fong (1992). Este instrumento valora el conocimiento de los padres sobre

ITS, VIH/SIDA, uso de condón y embarazo. Está compuesto por 24 aseveraciones con opciones de respuesta de falso, verdadero y no sabe; donde un ejemplo de enunciado es: “una muchacha no puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales”. A cada respuesta contestada correctamente se le asigna 1 y a la incorrecta o que no supo un 0; siendo los reactivos 4, 9, 17, 18, 22 y 24 aseveraciones falsas. No se cuenta con datos sobre las características psicométricas de este cuestionario.

Comodidad para comunicarse sobre temas sexuales. La comodidad para comunicarse sobre temas sexuales fue medida a través del cuestionario comodidad hablando sobre temas sexuales (Dilorio, Kelley & Hockenberry-Eaton, 1999). Este instrumento valoró la comodidad de los padres para hablar sobre temas relacionados con el sexo con su hijo(a) (ITS, VIH/SIDA, relaciones sexuales, CRS y métodos anticonceptivos como uso de condón). Este instrumento está compuesto por 9 reactivos con una escala de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van desde muy incómodo (1) a muy cómodo (4) y una quinta opción de respuesta que es: nunca discutió. Las puntuaciones se obtienen calculando el promedio de las respuestas contestadas del 1 al 4, donde puntajes menores indican menor comodidad para hablar sobre temas sexuales con los adolescentes. Un ejemplo de reactivo es; ¿qué tan cómodo(a) usted se siente cuando habla sobre temas sexuales con su hijo(a)? Los autores han reportado un coeficiente de alpha de Cronbach de .91 (Villarruel, Loveland, Gallegos, Ronis & Zhou, 2008).

Intención de comunicación sexual fue valorada a través del cuestionario de intenciones de Jemmott, Villarruel y Jemmott (2000). Este instrumento evalúa la intención que tiene el padre para comunicarse con su hijo(a) sobre temas sexuales. Este instrumento está compuesto por 4 reactivos con una escala de respuesta tipo Likert con cinco opciones de respuesta que va desde completamente nada probable (1) a muy probable (5); un ejemplo de reactivo es; ¿qué tan probable es que los

próximos tres meses usted hablará con su hijo(a) sobre las relaciones sexuales? El puntaje total se obtiene calculando la media total de las respuestas del cuestionario donde mayor sea el número que se elija significa que el padre es más probable que hable con su hijo(a) y mientras menor sea el número es menos probable que lo haga. No se cuentan con datos sobre las características psicométricas de éste instrumento.

La *comunicación sexual de padres a hijos* fue medida a través del cuestionario comunicación sobre temas sexuales (Hutchinson, 1999; Hutchinson & Cooney, 1998). Este instrumento evalúa la comunicación que tiene el padre con su hijo(a) adolescente específicamente sobre temas relacionados con ITS, VIH/SIDA, uso de condón, prevención de embarazos y presión de pares. Está compuesto por 9 reactivos con una escala de respuesta tipo Likert de cinco opciones de respuesta que van desde nada (1) a mucho (5), donde un ejemplo de reactivo es: ¿qué tanta información ha compartido con su hijo(a) sobre las formas de protegerse para no contagiarse con ITS o SIDA? el puntaje total se obtiene calculando la media total de las respuestas del cuestionario donde mayor sea el número que se elija significa que el padre hablo más con su hijo(a). Los autores han reportado un coeficiente de alpha de Cronbach por encima de .84 (Benavides, 2007; Villarruel, Loveland, Gallegos, Ronis & Zhou, 2008).

Descripción de la Intervención.

Intervención para incrementar la comunicación sexual de padres para prevenir el riesgo de VIH/SIDA.

La intervención consiste en seis módulos con una duración de 60 minutos cada uno, en la intervención los padres recibieron contenido y estrategias para incrementar la comunicación sexual con sus hijos(as) adolescentes para la prevención de VIH/SIDA y embarazos. Así mismo, recibieron información acerca de comunicación en general, comunicación sexual y comodidad en la comunicación

sobre temas de sexo. Se les asignó actividades que completarán junto con sus hijos(as) adolescentes con la finalidad de que llevaran a cabo algunas de las estrategias de comunicación que se les mencionaron en las sesiones de la intervención, cabe mencionar que el formato de cada uno de los módulos contiene; metas, objetivos, estrategias y métodos, materiales requeridos, tiempo requerido, razones para cada actividad, procedimientos y notas detalladas para el facilitador, además de actividades con grupos pequeños. A continuación se menciona el contenido de cada uno de los módulos.

En el primer módulo se describe la importancia de la familia y el desarrollo de valores, actitudes y creencias en sus hijos(as) adolescentes. En este módulo los participantes identifican la importancia del programa así como identificar temas importantes que los padres mexicanos enfrentan al criar a sus hijos(as), además de conocer guías en grupo que les ayuden a crear un ambiente óptimo para hablar sobre los temas, aprender y crear confianza, describir con determinación alguna meta para sus hijos(as) en el futuro, e identificar los obstáculos para lograr las metas que tienen para sus hijos(as) y estrategias para vencer los obstáculos, además de que describan la importancia de aprender estrategias para hablar con sus hijos(as) sobre CRS. Las actividades que se realizaron en este módulo son la mesa redonda, actividades en papel bond pre-identificados (reglas de grupo, las dificultades con las que los padres se enfrentan hoy en día, metas y sueños y obstáculos), pósters (influencias familiares y logotipo de “¡Cúidate!”) y sesión de preguntas y respuestas.

El segundo módulo trata acerca del rol de la familia en el desarrollo de actitudes, creencias y conductas relacionadas con CRS en el adolescente. En este segundo módulo los padres identifican características importantes en la adolescencia y porque es importante para los jóvenes aprender estrategias de sexo seguro, además los padres distinguen los mitos y hechos sobre VIH/SIDA, ITS y embarazo, y la información correcta respecto a la transmisión, causas y prevención de VIH/SIDA e

ITS, así como identificar las cosas que influyen a los adolescentes cuando practican CRS y se provee de la estrategia “¡Cuídate!” para asegurar que la información que transmite el padre hacia su hijo es adecuada. Las actividades que se realizaron en este módulo son sesiones de preguntas y respuestas, actividades en papel bond pre-identificados (lo que los jóvenes ven y escuchan y quiénes son los jóvenes, que dicen los adultos sobre los jóvenes, ITS, como contraer una ITS, porque algunos jóvenes deciden tener relaciones sexuales, consecuencias del sexo, y porque su hijo(a) debe evitar las ITS), pósters (características de los adolescentes, ITS y logotipo de “¡Cuídate!”) así como observar un DVD del SIDA.

En el tercer módulo se implementan técnicas para mejorar la comunicación entre padres e hijos(as). En este módulo los padres identifican sus propias actitudes sobre el hablar con sus hijos(as), así como lo que sus hijos(as) necesitan saber del sexo e identifican las cosas para promover y mejorar la comunicación entre los padres y sus hijos(as). Las actividades que se realizaron son juegos de roles, sesiones de preguntas y respuestas, actividades en papel bond pre-identificados (reglas de grupo), pósters (algunas sugerencias para comunicación efectiva, logotipo de “¡Cuídate!”) hojas de trabajo (una cosa de todos los días, María y Damaris, hoja de hablar con mi hijo(a)) y al final de este módulo se entrega una tarea para casa que tienen los padres que completarla con su hijo(a) y al término con mesa redonda.

El cuarto módulo se trata de la evaluación de las reuniones familiares y habilidades relacionadas con la implementación de reglas y el monitoreo de la conducta de sus hijos(as). En este módulo los padres identifican valores y normas sobre el comportamiento sexual, especialmente para sus hijos(as), valores, actitudes y normas de los adolescentes sobre el comportamiento sexual, y maneras efectivas de comunicar sus valores y normas sobre el comportamiento sexual a sus hijos(as). Las actividades que se llevaron a cabo en este módulo son mesa redonda, juegos de roles, juego de lotería, actividades en papel bond pre-identificados (fácil, y

obstáculos), pósters (VIH/SIDA, algunas sugerencias para comunicación efectiva, logotipo de “¡Cuídate!”).

En el quinto módulo, los padres evalúan sus estilos de crianza e identifican las barreras al hablar con sus hijos(as), las consecuencias potenciales de no comunicarse con sus hijos(as) y como hablar con sus hijos(as) sobre sexo seguro. Las actividades realizadas en este módulo fueron juegos de roles, pósters (razones por las cuales los padres evitan hablar de sexo, que piensan los padres cuando no hablan con sus hijos de sexo, guía para actuar el rol, algunas sugerencias para comunicación efectiva, logotipo de “¡Cuídate!”).

En el sexto módulo se realiza una retroalimentación que fue de utilidad para la auto-eficacia de los padres. En este módulo los padres identifican las situaciones riesgosas para los adolescentes, como comunicarse con sus hijos(as) sobre no exponerse a situaciones riesgosas, los recursos para comunicarse con sus hijos(as) y cómo seguir utilizando las habilidades de comunicación que aprendieron en el programa. Las actividades que se realizaron en este módulo son juegos de roles y guiones de teatro improvisado, actividades en papel bond pre-identificados (pretextos), pósters (dirás, algunas sugerencias para comunicación efectiva, logotipo de “¡Cuídate!”), y mesa redonda de conclusión.

Proceso de la Adaptación de la Intervención Educativa “¡Cuídate!” para Padres de Comunidades Urbano-Marginadas

El proceso de adaptación se llevó a cabo siguiendo los pasos de McKleroy et al. (2006) a través de cinco acciones: valoración, selección, preparación, prueba piloto e implementación; que a continuación se presentan.

Valoración.

La primera acción, consistió en identificar a la población de interés, factores de riesgo, determinantes conductuales y conductas de riesgo. Esta adaptación se realizó para implementarse en padres que viven en comunidades urbano-marginadas de Monterrey, N. L. Este tipo de comunidades se caracteriza por lo siguiente: 1) familias mono-parentales o extensas, 2) el nivel de escolaridad es de secundaria o menos, 3) trabajan la mayor parte del día y 4) padres jóvenes con roles de género conservadores.

Para complementar esta información, se invitaron a 13 padres de familia con características similares a los que fueron seleccionados para realizar este estudio para lo cual se realizó un grupo focal, el cual tuvo las siguientes finalidades; confirmar y ampliar las características antes identificadas, conocer otras características relevantes y que no se hayan considerado, identificar las necesidades de los padres relacionadas con la comunicación sexual y adaptar posibles palabras no comprensibles en el instrumento y en el curriculum.

Selección.

Después de contar con todos los datos de la acción anterior (valoración) se tomo la decisión de los elementos que se requirieron adaptarse. Se identificaron características de los padres pertenecientes a comunidades urbano-marginadas, por lo que se seleccionaron modificaciones necesarias para implementar la intervención educativa “¡Cuídate!”.

Preparación.

El tercer paso consistió en la preparación, esto implicó organizar, iniciar y adaptar los materiales, así como las actividades que se requirieron tomando en cuenta las características evaluadas durante el paso de valoración. Cabe destacar que en esta etapa se realizaron todas las modificaciones a los materiales y al curriculum, mismas que fueron validadas con algunos padres de familia para que proporcionaran su retroalimentación y se realizó una nueva revisión. En esta etapa se cuidó que no se realizaran modificaciones de los elementos básicos de la intervención como lo son: incorporar el título “¡Cúdate!” durante todo el programa, utilizar materiales y actividades apropiados cultural y lingüísticamente para mostrar y enfatizar los valores culturales, incorporar actividades de conocimiento que influyan en actitudes positivas, creencias y auto-eficacia con respecto a la comunicación de padres a hijos(as) adolescentes, desarrollar destrezas de los participantes para la solución de problemas, negociación para comunicarse y presentar las sesiones en grupos pequeños altamente participativos e interactivos.

Prueba piloto de la adaptación.

Posteriormente se realizó una prueba piloto con un grupo de diez padres para explorar y refinar los materiales que fueron adaptados para la población con los componentes de la intervención, esto con la finalidad de evaluar si se logró o no el impacto deseado en la población de interés para refinar la adaptación, se identificó posibles problemas y se realizaron las modificaciones que surjan necesarias. En la prueba piloto se llevó a cabo un plan de implementación esto con el fin de orientar y supervisar las actividades anteriormente mencionadas para el proceso de adaptación de la intervención esto se realizó durante la adaptación, aplicación, seguimiento y

evaluación de la misma. El investigador principal fue el facilitador de la prueba piloto para implementar la intervención educativa para padres ya con las adaptaciones pertinentes.

Implementación.

El quinto paso es la implementación de la adaptación de la intervención tomando en cuenta que ya se realizó la revisión de la misma y en esta etapa se realizaron cambios menores, donde se requirió dos facilitadores anticipadamente capacitados para operar el currículo para padres, una vez incluidas todas las adaptaciones pertinentes. Por último, ya que la intervención fue adaptada se requirió de una retroalimentación y revisión de puntos con el fin de asegurar que cada paso se haya realizado adecuadamente, con el proceso de monitoreo y evaluación para la supervisión y aseguramiento de la calidad de la misma intervención.

Retroalimentación.

Con el fin de mejorar el contenido y la presentación del programa y ver lo que funcionó y lo que no, se realizó el proceso de retroalimentación al término en cada uno de los pasos de la adaptación.

Monitoreo y Evaluación.

Se realizó el monitoreo en tres evaluaciones primeramente el monitoreo de proceso, los servicios proporcionados y los recursos usados; esto con el fin de obtener información detallada sobre como se presentó el programa. La evaluación del programa consistió en obtener información en cuanto a resultados para los

participantes antes y después del programa en donde se valoró el conocimiento, actitud, destreza y conducta, esto con la finalidad de revisar paso a paso el como fue llevado a cabo el programa. Posteriormente se tomaron en cuenta los elementos de la intervención para evaluar la fidelidad de la misma y que este presente resultados similares a la intervención original. Así mismo, para lograr un ajuste adecuado se realizó una comparación de los padres de familia y los resultados de la intervención educativa para identificar otras áreas en donde la intervención necesitó adaptación. Además, se tomó en cuenta la capacidad de organización de los recursos y experiencias para la implementación de la intervención.

Tratamiento del Grupo de Control

En el grupo control a los padres se les aplicó el cuestionario pre-test y seguimientos al mes y dos meses, posterior al termino de la intervención del grupo experimental, se les aplicó la intervención “¡Cuídate!” a los padres del grupo control documentados en lista de espera, recibiendo el mismo beneficio que el grupo experimental.

Procedimiento

Primeramente se solicitó la aprobación de los Comités de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), posteriormente se solicitó aprobación a las autoridades correspondientes a los centros de salud comunitarios donde se realizó el estudio. Se procedió a realizar el proceso de adaptación de la intervención donde se llevó a cabo cada uno de los pasos iniciando con la valoración donde se identificó a la población de interés, factores de riesgo, determinantes conductuales y conductas de riesgo, para este fin se seleccionaron 13 padres de familia de una comunidad urbano-

marginada del área Metropolitana de Monterrey, N. L., donde se integró un grupo focal, para esto se invitó a los padres personalmente en sus casas éstas previamente identificadas en donde se encontraban viviendo padres de hijos(as) adolescentes para que acudieran a la reunión, se les recordó telefónicamente un día antes para que acudieran a la sesión del grupo focal. Posteriormente se inicio la segunda etapa que es de selección, donde se realizaron algunas recomendaciones para adaptar algunos elementos de la intervención, después en la tercera etapa de preparación se procedió con la adaptación pertinente de materiales y actividades, posteriormente se realizó una prueba piloto y se implementó la intervención ya con la adaptación pertinente y por último, para asegurar que cada paso se realizó correctamente se continuó con los pasos finales del proceso de adaptación, la retroalimentación en cada uno de los pasos, así como el monitoreo y evaluación.

Una vez realizado el proceso de adaptación se procedió a realizar el reclutamiento en los centros de salud comunitarios de una zona urbano-marginada en el área Metropolitana de Monterrey, N. L., se contacto a la persona encargada del centro de salud para solicitar autorización, para hacer la invitación a padres, esta se realizó por medio de trípticos, donde se les invitó a los padres de manera oral y escrita a participar en el estudio, así mismo se colocaron carteles informativos dentro de los centros de salud. Posteriormente, se elaboro una lista de aquellos padres que aceptaron participar en el estudio y que cumplieron con el criterio de inclusión, se les pidió que llenaran un formato a los padres interesados en participar para tener información y manera de contactarlos así como también firmaron el consentimiento informado (Apéndice A).

Posteriormente se pidió autorización para disponer de un espacio físico para llevar a cabo el programa de intervención para padres. Los datos fueron recolectados por dos facilitadores capacitados con anticipación para aplicar el programa de intervención. Los padres recibieron en grupos de diez el contenido de la intervención

“¡Cuídate!” Promueve tu Salud con las adaptaciones pertinentes a la población, siendo que este programa brinda estrategias para incrementar y mejorar la comunicación de padres a hijos sobre temas sexuales para prevención de ITS, VIH/SIDA y embarazos, y la comodidad para hablar sobre temas sexuales. Así como también, los padres llenaron los cuestionarios pre-test y pos-test, posteriormente se les contacto para dar seguimiento al mes y dos meses posterior a la intervención. Para evitar pérdidas de participantes se les menciono a los padres la importancia de completar la intervención y en la cédula de información general se les pidió que brindaran su dirección y teléfono.

Criterios de Evaluación para la Fidelidad de la Intervención

La fidelidad de la intervención educativa para padres fue evaluada, durante y posterior a la entrega de la misma. Se controló el medio ambiente contando con un espacio físico adecuado donde se llevó a cabo la intervención educativa, así mismo se minimizó posibles distractores y evitar el menor ruido posible, este lugar estuvo ventilado, iluminado, limpio y amplio. Otro aspecto que se consideró es que el grupo estuvo conformado como máximo por 10 a 12 padres de familia. Para controlar las mediciones se contó con una guía, en la cual se especificaron detalladamente el procedimiento para la aplicación de los instrumentos a padres. Así mismo, para controlar el tratamiento se capacitaron a los facilitadores por una semana por un entrenador capacitado en operar el currículo para padres; así mismo se monitorearon las sesiones y se evaluaron criterios con una evaluación pre y post al entrenamiento de los facilitadores para valorar sus habilidades y conocimientos. Al término de la intervención los facilitadores completaron un cuestionario donde indicaron como implementaron las intervenciones educativas de manera fiel, así mismo, completaron un cuestionario de evaluación de cada sesión en el cual calificaron el seguimiento

del currículo, así como las habilidades para mantener la atención de los padres de familia y controlar al grupo durante las actividades (Apéndice E).

Plan para Análisis de Datos

Los datos se analizaron utilizando el paquete estadístico SPSS versión 14. Los datos fueron capturados por el investigador principal. Una vez completa la base de datos, se procedió a realizar estadística descriptiva obteniendo frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central y de variabilidad. Se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para variables numéricas, con corrección de Lilliefors. Se realizaron se realizo la prueba de coeficiente de correlación de Spearman, pruebas *U* de Mann-Whitney y Modelos de Regresión Lineal Múltiple, para probar los objetivos e hipótesis del estudio, el nivel de significancia aceptado fue de .05.

El objetivo específico dos que menciona establecer si el efecto de la intervención “¡Cuídate!” sobre la comunicación sexual de padre a hijos está mediado por las actitudes, norma subjetiva, control percibido de la comunicación sexual, intención, comodidad para comunicarse y conocimiento sobre temas sexuales. El supuesto fue si existía un efecto mediador de las creencias conductuales, normativas y de control de los padres, la intención, comodidad para comunicarse y conocimiento sobre temas sexuales entre la comunicación sobre la comunicación sexual, este objetivo fue probado a través de Modelos de Regresión Lineal Múltiple (MRLM).

El objetivo específico tres que menciona determinar si el efecto de la intervención “¡Cuídate!” sobre la intención de comunicación sexual está mediado por las actitudes, norma subjetiva, control percibido de la comunicación sexual, y comodidad para comunicarse. El supuesto fue si existe un efecto mediador de las creencias conductuales, normativas y de control de los padres, y la comodidad para

comunicarse sobre temas sexuales entre la intención de comunicación sexual, este objetivo también fue probado a través de Modelos de Regresión Linean Múltiple (MRLM).

El objetivo específico cuatro que menciona comprobar si la edad del padre y sexo del padre y del hijo y la escolaridad moderan el efecto de la intervención “¡Cuídate!” sobre la intención y la comunicación sexual de padres a hijos, este objetivo fue probado a través de Modelos de Regresión Linean Múltiple (MRLM).

Para las hipótesis, H₁: Los padres que participaron en el programa “¡Cuídate!” reportan mejores actitudes, norma subjetiva, control percibido de la comunicación sexual, comodidad para comunicarse y conocimiento sobre temas sexuales que los padres del grupo control después de la intervención, H₂: Los padres que participaron en el programa “¡Cuídate!” incrementarán significativamente la comunicación sexual que los padres del grupo de control después de la intervención, al mes y a los dos meses y la H₃: Los padres que participaron en el programa “¡Cuídate!” incrementarán significativamente las intenciones para comunicarse acerca de sexo que los padres del grupo control después de la intervención, al mes y a los dos meses, estas hipótesis fueron probadas a través de pruebas *U* de Mann-Whitney.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 1987), en donde se establece que el desarrollo de la investigación para la salud debe atender aspectos éticos que garanticen la dignidad de las personas sujetas a investigación, de acuerdo al artículo 14, fracción VII, con base en el cuál el estudio se sometió a aprobación por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería (FAEN) de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Para este

estudio se solicitó la autorización de la Secretaría de Educación Pública (SEP), ya que el presente trabajo se realizó con seres humanos, esto de acuerdo al artículo 14, fracción V y VII.

Por tal motivo se consideró lo establecido en el título segundo; capítulo I, artículo 13, referente a que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, debe prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos, para tal efecto existió privacidad de los datos obtenidos al no colocar los nombres de los participantes en los cuestionarios que se utilizaron; los cuales fueron resguardados por la autora del estudio, por un lapso de un año y al vencimiento de éste serán destruidos. El capítulo I, artículo 16, establece la protección a la privacidad del participante por lo que los resultados del estudio sólo se presentaron en forma general.

El artículo 17, fracción II, éste estudio se consideró de riesgo mínimo, ya que se abordaron algunas variables sensibles respecto a la sexualidad, además se aplicó un cuestionario, y se llevó a cabo una intervención educativa para padres en donde se les brindó estrategias para incrementar la comunicación sobre temas de sexo de padres a hijos(as) adolescentes.

Tal como lo establece el artículo 20, 21, fracción I, VII y VIII se contó con el consentimiento informado (Apéndice A) por escrito de los padres de los adolescentes, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos en la investigación, con la capacidad de libre elección de participar y sin ningún tipo de perjuicio en el caso de no participar o retirar su consentimiento durante el desarrollo del estudio, en donde se le explicó al participante que es libre de dejar la intervención en el momento que así lo decida (artículo 14, fracción V; artículo 20 y 21, fracciones I, II, III, IV y VII). Se garantizó que el participante recibiera información clara, comprensible y completa sobre la justificación, objetivos,

implicaciones, posibles riesgos y beneficios, así como el propósito del estudio y de la intervención, respondiendo a cualquier pregunta y aclaraciones sobre dudas que surgieron en el participante.

Tal como establece el capítulo II, artículo 29, se solicitó la aprobación de las autoridades de educación, así como otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de consentimiento informado los individuos que participaron en el estudio, dándoles a conocer la información de artículos 21 y 22.

Capítulo III

Resultados

En el presente capítulo se describen los resultados del estudio. Primeramente, se muestra el análisis cualitativo del proceso de adaptación de la intervención “¡Cuídate!” y posteriormente se describe el análisis cuantitativo donde se presentan las características sociodemográficas de los participantes del estudio y la estadística descriptiva, así como la prueba de normalidad para cada una de las variables del estudio. Posteriormente se muestran los resultados del análisis realizado para evaluar la consistencia interna de los instrumentos utilizados. Finalmente se muestran las pruebas realizadas para responder a los objetivos e hipótesis de este estudio.

Análisis Cualitativo del Proceso de Adaptación de la Intervención “¡Cuídate!”

En esta sección se presentan los resultados del proceso de adaptación, en base al objetivo uno; realizar la adaptación del currículo “¡Cuídate!” para padres de adolescentes de comunidades urbano-marginadas.

Con el propósito de confirmar y ampliar las características de los padres de comunidades urbano-marginadas, indagar sobre las principales variables de estudio (actitudes, normas subjetivas, control percibido de la conducta, conocimiento, intenciones, comodidad y comunicación sexual), identificar las necesidades de los padres relacionadas con la comunicación sexual de padres a hijos(as) adolescentes y adaptar posibles palabras no comprensibles en el instrumento se realizó un grupo focal. A continuación se describe la metodología y resultados del mismo.

Metodología del Grupo Focal.

Informantes y sitio de estudio.

El grupo focal se llevó a cabo en una comunidad urbano-marginada de Monterrey N. L., con características similares a la población final del estudio ubicada en casos extremos de rezago bajo, donde los participantes fueron los representantes de la misma. Se identificó el centro de salud comunitario donde vivían los padres con hijos(as) y posteriormente se realizaron visitas domiciliarias invitando a los padres adolescentes. La muestra para el grupo focal estuvo conformada por 13 padres de familia con hijos(as) adolescentes de 14 a 18 años de edad.

Posteriormente se pidió autorización en el centro de salud para tener acceso al espacio físico donde se llevo a cabo el grupo focal, se realizó la revisión del material, asignación de los participantes identificando cada lugar con un número, y registro de los participantes. Posteriormente se procedió a entregarles el consentimiento informado (Apéndice B), una cédula de información general (CIG) donde solo se registraron los códigos, y una hoja de conceptos generales en donde tenían que escribir la definición de algunos conceptos, como por ejemplo; que es el VIH/SIDA, ducha vaginal, secreción vaginal, entre otros. Posteriormente se les brindó una etiqueta donde se les mencionó que podían poner su seudónimo.

Técnica de obtención de datos.

Se llevó a cabo un grupo focal, este método consiste en escuchar a la gente y aprender de ella (Morgan, 1998), se centra en las experiencias y creencias de los participantes. Para esto se realizó una guía semi-estructurada para la conducción del grupo focal (Apéndice C), con preguntas enfocadas hacia las perspectivas de los padres en función a las variables del estudio. La guía consta de 13 preguntas abiertas. El grupo focal tuvo una duración de una hora, los datos fueron recolectados por una grabadora, un rotafolio y notas durante la discusión.

La conducción del grupo focal fue realizada por la investigadora principal, en donde se tuvo la participación de un co-moderador y dos toma notas. Para tener la certeza de las preguntas realizadas se solicitó la revisión de un experto en el tema, donde se realizaron las modificaciones pertinentes.

Trabajo de campo.

Antes del inicio del grupo focal se presentó al equipo; moderador, co-moderador y toma notas con los participantes, posteriormente el moderador explicó el propósito del estudio y de la realización del grupo focal donde se mencionó el motivo del uso de la grabadora además de pedir autorización para encenderla y realizar notas escritas. Al final se les preguntó si tenían alguna duda antes de iniciar con las preguntas.

El moderador procedió a crear un ambiente de confianza en los participantes expresando en forma clara y sencilla la temática, utilizando un lenguaje adecuado con palabras sencillas de comprender, así como escuchar a cada uno de los participantes con atención y cuidado. La reunión se guió dando la palabra a un padre a la vez pidiendo que expresaran su opinión acerca del tópico en cuestión. Al finalizar, se les agradeció su participación y asistencia y se entregó una compensación económica por su participación.

Organización y procesamiento de datos.

Para el procesamiento de datos se realizó una transcripción de la grabación y de las notas de las personas capturándola en un procesador de texto, posteriormente se imprimieron los resultados obtenidos de cada entrevista.

Para la organización de la información se realizó un resumen de las notas extendidas para simplificar y resumir los datos y posteriormente codificar y realizar las etiquetas.

Análisis de la información.

Para la revisión y comprensión de los datos se realizó el análisis de contenido en base a la grabación y a las notas escritas, donde se buscó analizar aspectos subjetivos. Este procedimiento se llevó a cabo diferenciando las unidades que resultaron más relevantes y significativas del tema, posteriormente se clasificó conceptualmente por palabras de manera que resultaron códigos, a los cuales se les asignó una etiqueta (Rodríguez, 1996).

Resultados del Grupo Focal.

Dificultades para la comunicación.

Los padres reconocen algunas dificultades para comunicarse con sus hijos sobre sexualidad como lo es la falta de privacidad, conocimiento e indiferencia.

“ el lugar no es adecuado porque hay niños pequeños, familiares y los distractores como son la tele. A veces hay visitas familiares y no falta quien llegue y lo que iba hablar con ellos ya se fue o se olvido, hay que buscar un momento para estar solos ”

“ necesito conocimiento acerca del tema, libros o películas educativas, para hablarles con la verdad y darles confianza, ejemplos y dedicarles el tiempo ”

“ cuando intento hablar con mi hija de algo me evade y se retira de mi y no me escucha ”

Factores que influyen en la conducta de riesgo sexual.

Existen factores que influyen de manera negativa en la conducta de riesgo sexual del adolescente, algunos de ellos son darles demasiada libertad, ocio y demasiada información sexual.

“ no hay reglas con mi hijo dentro de la casa ”

“ hay que mantenerlos ocupados en algo para que no tengan imaginación de cosas malas, la preparación y educación de los hijos(as) es importante ”

“ hoy en día la información esta por todos lados hasta en la televisión ”

Desintegración paterna en la comunicación.

La figura y autoridad paterna tiene influencia en la conducta del adolescente, donde el padre no solo tiene el rol de llevar el sustento a casa, si no que se recomienda que se involucre en el desarrollo, supervisión y la educación de los hijos(as).

“ es importante comentar al padre de los hijos a lo mejor se va a enojar, pero hay que buscar una oportunidad ya que conocemos sus lados buenos y malos, porque muchas veces son problemas serios, y ellos por estar metidos en el trabajo no se enteran y la responsabilidad es de la mujer, pero no porque yo este en casa y llega mi esposo no lo tienes que involucrar, no solo es dejar de trabajar y descansar ”

“ hay que involucrar al papá no solo por conveniencia de responsabilidad de que el solo da regaños, hay que respetar la decisión del padre si quieren permisos mis hijos para salir ”

“ siempre me pregunta a mi y no a su papá, nunca le pregunta, yo soy la que siempre estoy ahí ”

“ es importante, hacer reuniones en casa, involucrar al papá decimos que no hay confianza pero la verdad es que a veces lo relegamos ”

Creencias negativas de comunicación.

Existen creencias negativas de la comunicación de padres a hijos, donde los padres refieren que no se comunican con ellos por tener sentimiento de culpa, y vergüenza para hablar sobre temas sexuales.

“ yo no hablo con ellos porque siento culpa ya que no les pude dar más estudio a mis hijos, yo ya no puedo darles la prepa ”

“ mi niña es muy reservada yo le trato el tema pero no le agrada mucho hablar si me oye, pero tal vez es porque es muy seria ”

“ me da pena hablar sobre métodos anticonceptivos porque pensara mi mamá me esta dando un arma o ánimos para hacerlo o la libertad ”

Recomendaciones de los padres para prevenir la conducta sexual de los hijos.

Los padres como los principales educadores de sus hijos algunas recomendaciones que les brindan son darles ejemplos para que se comparen con otros adolescentes, las consecuencias que se tienen de tener un embarazo a edad temprana, así como también el afrontar las mismas.

“ yo tengo sobrinas adolescentes que están saliendo embarazadas y esto les esta sirviendo como ejemplo a mis hijos ”

“ los prevengo a no cometer errores, y que se vean reflejados en las demás personas ”

“ yo le digo a mis hijos que el tener un hijo ya no va a ser lo mismo, hay que mantenerlo y ya no se pueden comprar nada para el ”

“ les digo a mis hijos que sean responsables de sus actos y los enseño a resolver sus problemas para que no siga cometiendo los mismos errores, que al cabo pueden decir a mi me los resuelven, les menciono que si tiene la capacidad para embarazar también tiene que tener la capacidad para salir adelante ”

“ yo le digo a mi hijo que se de a respetar y se cuide, yo me embarace joven y estoy toda amargada yo les digo que se ponga estudiar y que disfrute su adolescencia ”

Experiencias previas.

Las experiencias previas de los padres pueden influir de manera positiva o negativa en la conducta sexual del adolescente, como son las experiencias previas negativas, paternas o anteriores.

“ antes no nos hablan y yo pensaba que me había cortado cuando vino mi menstruación a los 12 años y no sabia éramos más ignorantes, no sabíamos del desarrollo y no nos explicaban así que yo si me asuste. No sabíamos de

menstruación, antes los padres te decían la cigüeña a la antigüita cuando ibas a tener un hermanito. También se decía que si te dan un beso vas a salir embarazada ”

“ nosotros ya tenemos conocimiento sobre temas de sexo, porque tenemos experiencia como padres de familia ”

“ yo he tenido experiencias con mi hija mayor, y ahora con la hija menor soy más abierta, además ella sabe de todo o hasta más que yo ”

Falta de conocimiento.

Algunos padres no se sienten capaces para hablar con sus hijos sobre temas de sexo ya que se les dificulta hablar por falta de información adecuada, dificultad para hablar sobre SIDA y conocimiento sobre métodos anticonceptivos.

“ no conocemos todos los métodos anticonceptivos que existen ”

“ necesito conocimiento para saber cual es el método más efectivo porque han salido embarazadas muchas adolescentes ”

“ se me dificulta hablar de SIDA porque no se mucho de esa enfermedad y de las ITS ”

Características de la comunicación.

Los padres identifican características que favorecen a una mejor comunicación de padres a hijos, estas son las pláticas agradables, confianza, comunicación abierta y la apertura.

“ no conoces todo lo que hay, y que exista más información abierta sobre las transmisiones sexuales abierta al publico ”

“ puedo ayudar a sus hijos mediante el platicar con ellos abiertamente y hablar de las consecuencias del porque no esta en edad para tener un bebe, así como las consecuencias que puede pasar por su edad y lo de todo lo que contribuye ”

“ yo le doy consejos, porque no se que está haciendo en la calle ”

“ las madres refirieron que los temas en los que se sentía mas cómodas para hablar era el embarazo, métodos anticonceptivos, drogadicción y de las intenciones de novios(as) ”

“ la confianza, responsabilidad e información correcta les podría ayudar, así como el pensar en la familia ”

Después de contar con todos los datos del análisis cualitativo, se mencionan las adaptaciones de algunos elementos de la intervención educativa “¡Cuídate!” para padres (tabla 2).

Tabla 2

Adaptación de la intervención

Módulo Actividad	Contenido	Adaptación	Justificación
Mod. 2 Entender a los Adolescentes	Trata acerca del rol de la familia en el desarrollo de actitudes, creencias y conductas relacionadas con CRS en el adolescente.	1) Entrega de tríptico informativo sobre información general de VIH/SIDA e ITS con previa explicación de la utilidad de este. 2) Concientizar en situaciones severas. 3) Agregar información sobre el virus de papiloma humano.	Falta de conocimiento e información adecuada y dificultad de los padres para hablar de VIH/SIDA e ITS.
Act. D Discutiendo las ITS y VIH			
Act. C Hablar de embarazo		Extensión de tópico.	Inquietud de los padres y preocupación en este tema.
Mod. 3 Aprendiendo a comunicarse con los adolescentes sobre el sexo seguro	Se implementan técnicas para mejorar la comunicación entre padres e hijos(as).	Realizar la tarea en casa con ambos padres de familia.	Desintegración paterna; integrar al padre (varón) el desarrollo y educación sexual de los hijos(as).

<p>Act. D Tarea en casa Mod. 4 Platicando como comunicarse con los adolescentes sobre sexo seguro</p>	<p>Se trata de la evaluación de las reuniones familiares y habilidades relacionadas con la implementación de reglas y el monitoreo de la conducta de sus hijos(as).</p>	<p>Agregar un guión (teatro improvisado C) sobre monitoreo parental.</p>	<p>Características propias de la población donde los padres son más permisivos y en la mayoría ambos trabajan.</p>
<p>Act. D Comunicarse con su hijo(a): Teatro improvisado</p>	<p>Se realiza una retroalimentación que será de utilidad para la autoeficacia de los padres.</p>	<p>Eliminar uno de los cuatro juegos de roles del A-D para cambiarlo por otro en el cual se enfatice la importancia de los padres como los principales educadores independientemente de otras situaciones (económica).</p>	<p>Creencias negativas de la comunicación de padres a hijos, donde los padres no se comunican con ellos por tener sentimiento de culpa.</p>
<p>Act. B Escaparse de situaciones de riesgo teatro improvisado</p>			
<p>Act. C ¿Y que hacemos después? Recursos para padres</p>		<p>1) Actualizar la hoja de recursos. 2) Entregar manual de apoyo para padres.</p>	<p>Cuenten con herramientas posterior a la intervención.</p>

Análisis Cuantitativo de la Intervención “¡Cuidate!”

Características Sociodemográficas.

En la tabla 3, se muestran las características sociodemográficas de los participantes del estudio, mismos que en su totalidad correspondieron al sexo femenino. La mayoría reportó ser casada (76.3%), dedicarse al hogar (83.8%), haber estudiado hasta la secundaria (61.4%) y tener una pareja estable (85.0%). La media de las madres fue de 41.7 años ($DE = 4.34$) Asimismo, se indago sobre alguna información general sobre su hijo(a) adolescente, el género de estos(as) fue equitativo para ambos sexos (50%) y la media de edad fue de 15.1 años ($DE = 1.24$).

Tabla 3

Características sociodemográficas de los participantes

Variable	<i>f</i>	%
Estado civil		
Soltero	9	11.3
Casado	61	76.3
Separado	4	5.0
Divorciado	2	2.5
Unión Libre	4	5.0
Ocupación		
Hogar	67	83.8
Otras	13	16.2

Escolaridad		
Primaria	14	17.6
Secundaria	35	43.8
Estudios Técnicos	17	21.3
Preparatoria	13	16.3
Profesional Incompleta	1	1.3
Situación Actual		
Con Pareja	68	85.0
Sin Pareja	12	15.0

Nota: n = 80, f = Frecuencia, % = Porcentaje

Estadística Descriptiva de las Variables de Estudio al Pre-test, Post-test, al Mes y Dos meses.

En la tabla 4, 5, 6 y 7 se presentan los datos de la estadística descriptiva y los resultados de la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para las variables de interés al pre-test, post-test, seguimiento al mes y dos meses. Los resultados muestran que la mayoría de las variables no presentaron distribución normal.

Tabla 4

Estadística descriptiva y resultados de Kolmogorov-Smirnov (K-S): Pre-test

Variable	Media	Mdn	DE	V. Min	V. Máx	D ^a	p
Actitudes	3.33	3.33	.455	1.94	4.56	.099	.097
Normas	3.76	3.76	.423	2.54	4.62	.067	.200
Control Percibido	3.74	3.80	.809	1.20	5.00	.097	.192
Intención	4.22	4.37	.850	1.00	5.00	.205	.000
Comunicación Sexual	3.40	3.60	.881	1.00	4.90	.129	.007
Comodidad en la Comunicación	3.21	3.38	.808	1.00	5.00	.147	.001

Nota: Media = Promedio aritmético, Mdn = Mediana, DE = Desviación estándar, n = 68, D^a = Prueba de normalidad con corrección Lilliefors

Tabla 5

Estadística descriptiva y resultados de Kolmogorov-Smirnov (K-S): Post-test

Variable	Media	Mdn	DE	V. Min.	V. Máx	D ^a	p
Actitudes	3.30	3.33	.356	2.17	3.83	.199	.002
Normas	3.93	3.84	.346	3.46	4.62	.141	.094
Control Percibido	4.04	4.00	.556	2.80	5.00	.132	.155
Intención	4.41	4.50	.532	2.75	5.00	.177	.010
Comunicación Sexual	3.68	3.77	.709	1.22	5.00	.134	.143

Comodidad en la Comunicación	3.58	3.77	.446	2.78	4.11	.236	.000
---------------------------------	------	------	------	------	------	------	------

Nota: Media = Promedio aritmético, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación estándar, *n* = 33, *D^a* = Prueba de normalidad con corrección Lilliefors

Tabla 6

Estadística descriptiva y resultados de Kolmogorov-Smirnov (K-S): Mes

Variable	<i>Media</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>V. Min</i>	<i>V. Máx</i>	<i>D^a</i>	<i>p</i>
Actitudes	3.32	3.44	.522	1.50	4.50	.121	.017
Normas	3.79	3.84	.495	2.38	4.69	.074	.200
Control Percibido	4.07	4.00	.737	1.40	5.00	.141	.002
Intención	4.32	4.37	.694	1.00	5.00	.170	.000
Comunicación Sexual	3.81	3.88	.711	1.56	5.00	.149	.001
Comodidad en la Comunicación	3.49	3.66	.591	1.89	4.22	.174	.000

Nota: Media = Promedio aritmético, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación estándar, *n* = 66, *D^a* = Prueba de normalidad con corrección Lilliefors

Tabla 7

Estadística descriptiva y resultados de Kolmogorov-Smirnov (K-S): Dos meses

Variable	Media	Mdn	DE	V. Min	V. Máx	D ^a	p
Actitudes	3.27	3.38	.590	1.17	4.50	.200	.000
Normas	3.78	3.84	.485	2.38	4.77	.093	.200(*)
Control	4.12	4.20	.744	1.40	5.00	.147	.001
Percibido							
Intención	4.35	4.50	.713	1.00	5.00	.190	.000
Comunicación	3.86	4.00	.694	2.11	5.00	.133	.006
Sexual							
Comodidad	3.50	3.77	.623	1.67	4.11	.196	.000
en la							
Comunicación							

Nota: Media = Promedio aritmético, Mdn = Mediana, DE = Desviación estándar, n = 66, D^a = Prueba de normalidad con corrección Lilliefors

Consistencia Interna de los Instrumentos.

Los instrumentos utilizados en el presente estudio fueron; cuestionario Actitudes (Jemmott, Villarruel & Jemmott, 2000), Normas subjetivas (Jemmott, Villarruel & Jemmott, 2000), Fácil o difícil (Jemmott, Villarruel & Jemmott, 2000), Preguntas sobre embarazo, el SIDA y las ITS (Jemmott, Jemmott & Fong, 1992), Comodidad hablando sobre temas sexuales (Dilorio, Kelley & Hockenberry-Eaton, 1999), Intenciones (Jemmott, Villarruel & Jemmott, 2000) y Comunicación sobre temas sexuales (Hutchinson, 1999; Hutchinson & Cooney, 1998). Por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach se analizó la confiabilidad interna de los

instrumentos, mostrando valores aceptables para cada uno de los instrumentos en las cuatro mediciones (Burns & Grove, 2005; Polit & Hungler, 2005), Tabla 8.

Tabla 8

Coefficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach de los instrumentos

Instrumentos	Sub-escala	No. Ítems	α			
			Pre- test	Post- test	Mes	Dos meses
Creencias conductuales (actitudes)		1 al 18	.71	.70	.77	.77
	Componente 1	5	.58	.24	.74	.77
	Componente 2	3	.47	.45	.62	.65
	Componente 3	4	.51	.73	.62	.69
	Componente 4	3	.59	.27	.79	.75
Creencias normativas (normas subjetivas)		1 al 13	.80	.80	.84	.84
Creencias de control (control percibido)		1 al 5	.88	.85	.92	.91
	Abstinencia y sexo: Control	3	.80	.86	.89	.87
	Condón: Control	2	.87	.79	.87	.90
Comunicación sobre temas sexuales		1 al 9	.92	.91	.91	.89

Comunicación sobre prevención sexual	2	.85	.46	.77	.77
Comunicación sobre protección sexual	2	.79	.84	.76	.83
Comunicación sobre presión de pares	3	.88	.82	.67	.70
Comodidad hablando sobre temas sexuales	1 al 9	.93	.90	.87	.89
Intención de comunicación sexual	1 al 4	.93	.84	.91	.92
Conocimiento sobre embarazo, SIDA e ITS	1 al 26	.69	.69	.70	.70

Nota: n = 80

Estadística Inferencial

A continuación se muestra la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos e hipótesis del estudio se realizaron pruebas de coeficiente de correlación de Spearman, pruebas *U* de Mann-Whitney y Modelos de Regresión Lineal Múltiple realizando el proceso de eliminación de variables usando el método “Enter”.

Correlaciones de Spearman.

En la tabla 9, se presentan las correlaciones de las variables de estudio actitudes, normas subjetivas, control percibido de la comunicación sexual, intención de comunicación, comunicación sexual, comodidad para comunicarse y conocimiento sobre temas sexuales. Se encontraron correlaciones significativas entre las normas subjetivas y las variables de control percibido ($r_s = .62, p < .01$), intención ($r_s = .50, p < .01$), comunicación ($r_s = .56, p < .01$), comodidad ($r_s = .50, p < .01$) y conocimiento sobre temas sexuales ($r_s = .41, p < .01$). Con base a lo anterior, se concluye que los padres que tienen mayores normas subjetivas tienen mejor capacidad, intención, comunicación y conocimiento sobre temas sexuales.

Así mismo se muestra una correlación entre el control percibido de la comunicación con las variables intención ($r_s = .61, p < .01$), comunicación ($r_s = .59, p < .01$), comodidad ($r_s = .53, p < .01$), y conocimiento sobre temas sexuales ($r_s = .30, p < .05$). Con base a lo anterior, se concluye que los padres que tienen mayor control percibido de comunicación tienen mayor intención, comunicación, comodidad y conocimiento sobre temas sexuales.

La variable de intención de comunicación se relacionó con las variables, comunicación ($r_s = .53, p < .01$) y comodidad ($r_s = .29, p < .05$), es decir que a mayor comunicación y comodidad sobre temas sexuales los padres tendrán mayor intención de comunicarse con sus hijos(as). La comunicación sexual se correlaciono con la comodidad ($r_s = .47, p < .01$) y el conocimiento ($r_s = .32, p < .01$), lo cual significa que los padres que presentan mayor comodidad y conocimiento tienen mayor comunicación con sus hijos(as) sobre temas de sexo, así mismo la variable comodidad se relacionó positiva y significativamente con la variable conocimiento sobre temas sexuales ($r_s = .42, p < .01$).

Tabla 9

Matriz de Correlación de Spearman entre las variables actitudes, normas subjetivas, control percibido de la comunicación sexual, intención de comunicación, comunicación sexual, comodidad para comunicarse y conocimiento sobre temas sexuales

Variable	1	2	3	4	5	6	7
1. Actitudes	1	-.025	.159	.012	-.100	.073	.235
2. Normas subjetivas		1	.625(**)	.504(**)	.563(**)	.509(**)	.414(**)
3. Control percibido de la comunicación sexual			1	.618(**)	.590(**)	.533(**)	.302(*)
4. Intención de comunicación				1	.535(**)	.294(*)	.158
5. Comunicación sexual					1	.470(**)	.362(**)
6. Comodidad para comunicarse						1	.420(**)
7. Conocimiento sobre temas sexuales							1

*Nota: *p < .05. **p < .01. n = 66*

Objetivos.

Objetivo Dos.

Para responder al objetivo dos que menciona, establecer si el efecto de la intervención “¡Cuídate!” sobre la comunicación sexual de padre a hijos está mediado por las actitudes, norma subjetiva, control percibido de la comunicación sexual, intención de comunicación, comodidad para comunicarse y conocimiento sobre temas sexuales. Se realizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple se tomaron como variables independientes las actitudes, normas subjetivas, control percibido, comodidad y grupo al que perteneció la padre o madre y como variable dependiente la comunicación sexual. Los Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple muestran que las variables de estudio explicaron el 6.9% de la varianza para la comunicación sexual ($F[2,134] = 7.53, p < .001$), estos resultados muestran que no se encontró una medición entre las variables del estudio con el efecto de la intervención aunque se muestran que las variables que influyen directamente y significativamente en la comunicación sexual son el control percibido y el conocimiento sobre temas sexuales (Tabla 10).

Tabla 10

Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de estudio en la comunicación sexual. Modelo Inicial: Método “Enter”

Modelo	<i>Coeficientes no Estandarizados</i> <i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Coeficientes Estandarizados</i> <i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Actitudes	-.189	.118	-.160	.116
Normas subjetivas	.132	.217	.092	.546
Control Percibido	.300	.154	.321	.057

Intención	.141	.133	.145	.294
Comodidad en la Comunicación	.179	.141	.160	.209
Conocimiento sobre temas sexuales	.014	.007	.278	.056
Grupo en el que participo el padre o madre	.191	.216	.139	.379

Nota: Variable dependiente = Comunicación sexual

En el segundo Modelo de Regresión Lineal Múltiple se eliminó la variable normas subjetivas. Los resultados mostraron que las variables de estudio explicaron el 6.8% de la varianza para la comunicación sexual ($F[2,473] = 8.82, p < .001$), estos resultados muestran que no se encontró una medición entre las variables del estudio con el efecto de la intervención aunque se muestran que las variables que influyen directamente y significativamente en la comunicación sexual son el control percibido y el conocimiento sobre temas sexuales (Tabla 11).

Tabla 11

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de estudio en la comunicación sexual. Modelo Dos: Método “Enter”

Modelo	<i>Coefficientes no Estandarizados</i> <i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Coefficientes Estandarizados</i> <i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Actitudes	-.207	.114	-.176	.073
Control Percibido	.339	.140	.363	.019
Intención	.162	.128	.166	.210
Comodidad en la Comunicación	.183	.140	.164	.195
Conocimiento sobre temas sexuales	.014	.007	.276	.057
Grupo en el que participo el padre o madre	.155	.207	.112	.456

Nota: Variable dependiente = Comunicación sexual

En el tercer Modelo de Regresión Lineal Múltiple se eliminó el grupo en el que participó el padre o madre. En la tabla 12 se puede observar que las variables de estudio explicaron el 6.8% de la varianza para la comunicación sexual ($F[2,936] = 10.54, p < .001$), estos resultados muestran que las variables de estudio influyen significativamente en la comunicación sexual siguen siendo las variables control percibido y el conocimiento sobre temas sexuales.

Tabla 12

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de estudio en la comunicación sexual. Modelo Tres: Método “Enter”

Modelo	<i>Coefficientes no Estandarizados</i> <i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Coefficientes Estandarizados</i> <i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Actitudes	-.212	.113	-.180	.066
Control Percibido	.343	.139	.367	.017
Intención	.167	.127	.172	.194
Comodidad en la Comunicación	.145	.130	.130	.268
Conocimiento sobre temas sexuales	.010	.005	.204	.055

Nota: Variable dependiente = Comunicación sexual

El cuarto Modelo de Regresión Lineal Múltiple se eliminó la variable comodidad en la comunicación. Con base a este modelo los resultados mostraron que las variables de estudio explicaron el 6.7% de la varianza para la comunicación sexual ($F[3,583] = 12.82, p < .001$), estos resultados muestran que las variables que influyen significativamente en la comunicación sexual son las actitudes, el control percibido y el conocimiento sobre temas sexuales (Tabla 13).

Tabla 13

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de estudio en la comunicación sexual. Modelo Cuatro: Método “Enter”

Modelo	<i>Coefficientes no Estandarizados</i> <i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Coefficientes Estandarizados</i> <i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Actitudes	-.223	.113	-.190	.052
Control Percibido	.416	.123	.445	.001
Intención	.144	.126	.148	.257
Conocimiento sobre temas sexuales	.012	.005	.230	.027

Nota: Variable dependiente = Comunicación sexual

En la tabla 14 se muestra el modelo final donde se eliminó la variable intención de comunicación sexual. Con base a este modelo los resultados mostraron que las variables de estudio explicaron el 6.6% de la varianza para la comunicación sexual ($F[4,655] = 16.57, p < .001$), estos resultados muestran que las variables que influyen significativamente en la comunicación sexual son las actitudes, el control percibido y el conocimiento sobre temas sexuales.

Tabla 14

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de estudio en la comunicación sexual. Modelo Final: “Método Enter”

Modelo	<i>Coefficientes no Estandarizados</i> <i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Coefficientes Estandarizados</i> <i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Actitudes	-.235	.113	-.200	.041
Control Percibido	.507	.094	.543	.000
Conocimiento sobre temas sexuales	.012	.005	.239	.021

Nota: Variable dependiente = Comunicación sexual

Objetivo Tres.

Para responder al objetivo tres que menciona, determinar si el efecto de la intervención “¡Cuídate!” sobre la intención de comunicación sexual está mediado por las actitudes, norma subjetiva, control percibido de la comunicación sexual y comodidad para comunicarse. Se realizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple se tomaron como variables independientes las actitudes, normas subjetivas, control percibido, comodidad y grupo al que perteneció la madre o padre y como variable dependiente intenciones de comunicación sexual. En el modelo los resultados mostraron que las variables de estudio explicaron el 7.1% de la varianza para la intención de comunicación sexual ($F[3,369] = 12.42, p < .001$), estos resultados muestran que no se encontró una medición entre las variables del estudio con el efecto de la intervención aunque se muestra que las normas subjetivas y el control percibido de la comunicación sexual influye en la intención de comunicación sexual (Tabla 15).

Tabla 15

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de estudio en la intención de comunicación sexual. Modelo Inicial: "Método Enter"

Modelo	<i>Coefficientes no Estandarizados</i> <i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Coefficientes Estandarizados</i> <i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Actitudes	-.018	.116	-.015	.879
Normas subjetivas	.422	.205	.287	.044
Control Percibido	.548	.133	.571	.000
Comodidad en la Comunicación	-.164	.135	-.143	.230
Grupo en el que participo el padre o madre	.068	.159	.048	.671

Nota: Variable dependiente = Intenciones de comunicación sexual

En el segundo modelo se eliminó la variable actitudes acerca de la comunicación sexual, los resultados mostraron que las variables de estudio explicaron el 7.1% de la varianza para la intención de comunicación sexual ($F[4,210] = 15.77, p < .001$), en la tabla 16 se observa que los resultados muestran que no se encontró una medición entre las variables del estudio con el efecto de la intervención aunque se muestra que las normas subjetivas y el control percibido de la comunicación sexual influye en la intención de comunicación sexual.

Tabla 16

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de estudio en la intención de comunicación sexual. Modelo Dos: “Método Enter”

Modelo	<i>Coefficientes no Estandarizados</i> <i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Coefficientes Estandarizados</i> <i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Normas subjetivas	.431	.196	.293	.031
Control Percibido	.543	.128	.566	.000
Comodidad en la Comunicación	-.162	.134	-.142	.230
Grupo en el que participo el padre o madre	.073	.154	.052	.636

Nota: Variable dependiente = Intenciones de comunicación sexual

El tercer Modelo de Regresión Lineal Múltiple se eliminó la variable grupo, los resultados mostraron que las variables de estudio explicaron el 7.1% de la varianza para la intención de comunicación sexual ($F[5,593] = 21.21, p < .001$), las variables de estudio que influyen significativamente en la intención de comunicación sexual siguen siendo las normas subjetivas y el control percibido (Tabla 17).

Tabla 17

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de estudio en la intención de comunicación sexual. Modelo Tres: "Método Enter"

Modelo	<i>Coefficientes no Estandarizados</i> <i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Coefficientes Estandarizados</i> <i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Normas subjetivas	.403	.186	.274	.034
Control Percibido	.551	.126	.574	.000
Comodidad en la Comunicación	-.186	.123	-.162	.137

Nota: Variable dependiente = Intenciones de comunicación sexual

En la tabla 18 se muestra el cuarto modelo, donde en esta ocasión se eliminó la variable comodidad en la comunicación, los resultados mostraron que las normas subjetivas y el control percibido explicaron el 6.9% de la varianza para la intención de comunicación sexual ($F[8,090] = 30.08, p < .001$), las variables de estudio que influyen significativamente en la intención de comunicación sexual fue el control percibido.

Tabla 18

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de estudio en la intención de comunicación sexual. Modelo Cuatro: “Método Enter”

Modelo	<i>Coefficientes no Estandarizados</i> <i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Coefficientes Estandarizados</i> <i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Normas subjetivas	.354	.185	.241	.060
Control Percibido	.489	.120	.510	.000

Nota: Variable dependiente = Intenciones de comunicación sexual

En el modelo final se eliminó la variable normas subjetivas, los resultados mostraron que las variable control percibido explico el 6.7% de la varianza para la intención de comunicación sexual ($F[15,190] = 54.21, p < .001$), por lo anterior se puede concluir que el control percibido de la comunicación sexual influye en la intención de comunicación sexual (Tabla 19).

Tabla 19

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables de estudio en la intención de comunicación sexual. Modelo Final: “Método Enter”

Modelo	<i>Coefficientes no Estandarizados</i> <i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Coefficientes Estandarizados</i> <i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Control Percibido	.650	.088	.677	.000

Nota: Variable dependiente = Intenciones de comunicación sexual

Objetivo Cuatro

Para responder al objetivo cuatro que menciona, comprobar si la edad y sexo del padre y del hijo y escolaridad moderan el efecto de la intervención “¡Cuídate!” sobre la intención y la comunicación sexual de padres a hijos. Se realizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple se tomaron como variables independientes género y edad del hijo, edad, educación y el grupo al que perteneció la padre o madre y como variable dependiente la intención de comunicación y la comunicación sexual. Los Coeficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple mostraron que las variables explicaron el 3.1% de la varianza para comunicación sexual ($F[.638] = 1.358, p = .253$), estos resultados muestran que las variables de estudio variables género, edad del hijo(a) y del padre, así como la escolaridad y el grupo en el que participó no influyen significativamente en la comunicación sexual (Tabla 20).

Tabla 20

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables individuales en la comunicación sexual

Modelo	<i>Coefficientes no Estandarizados</i> <i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Coefficientes Estandarizados</i> <i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Género del hijo(a)	.160	.170	.116	.351
Edad del hijo(a)	-.002	.069	-.004	.978
Edad del padre o madre	-.008	.021	-.049	.712
Educación del padre o madre	.008	.042	.022	.859

Grupo en el que participo el padre o madre	-0.396	.171	-.287	.024
--	--------	------	-------	------

Nota: Variable dependiente = Comunicación sexual

En la tabla 21 se muestran las variables individuales como variables independientes y se tomó como variable independiente la intención de comunicación sexual. En este modelo las variables explicaron el 3.7% de la varianza para la intención de comunicación sexual ($F[.924] = 1.945, p = .100$), en base al análisis los resultados muestran que las variables de estudio variables género, edad del hijo(a) y del padre, así como la escolaridad y el grupo en el que participó no influyen en la intención de comunicación sexual.

Tabla 21

Coefficientes del Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables individuales en la intención de comunicación sexual

Modelo	<i>Coefficientes no Estandarizados</i> <i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Coefficientes Estandarizados</i> <i>Beta</i>	<i>Valor de p</i>
Género del hijo(a)	.361	.171	.254	.039
Edad del hijo(a)	-.072	.069	-.134	.303
Edad del padre o madre	.026	.021	.161	.219
Educación del padre o madre	-.062	.042	-.179	.149
Grupo en el que participo el padre o madre	-.241	.172	-.170	.167

Nota: Variable dependiente = Intención

Hipótesis.

Hipótesis Uno.

Para responder a la hipótesis uno que señala, los padres que participaron en el programa “¡Cuidate!” reportan mejores actitudes, norma subjetiva, control percibido de la comunicación sexual, comodidad para comunicarse y conocimiento sobre temas sexuales que los padres del grupo control después de la intervención. Se realizó estadística inferencial a través de la prueba *U* de Mann-Whitney, en la tabla 22 se muestra la variable de actitudes acerca de la comunicación sexual, los resultados muestran que existe diferencia significativa en el seguimiento uno al mes posterior a la intervención ($U= 381.500, p < .05$), la media de actitudes en el grupo control fue de 3.43 y en el grupo intervención de 3.22.

Tabla 22

Prueba U de Mann-Whitney para actitudes acerca de la comunicación sexual pre-test, post-test, mes y dos meses de grupo intervención y control

Variable	<i>n</i>	Media	Mdn	DE	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Pre-test: Actitudes						
Intervención	34	3.36	3.44	.434	494.000	.302
Control	34	3.29	3.33	.479		
Post-test: Actitudes						
Intervención	33	3.30	3.33	.356	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>
Control	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>		

Mes: Actitudes						
Intervención	33	3.43	3.50	.418	381.500	.036
Control	33	3.22	3.22	.59657		
Dos meses: Actitudes						
Intervención	33	3.34	3.44	.555	430.000	.141
Control	33	3.19	3.33	.623		

Nota: n = Numero de casos, *Media* = Promedio aritmético, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación estándar, *U* = Estadístico de la prueba Mann-Whitney, *N/A* = No Aplica

En la tabla 23 se muestra la variable norma subjetiva para la comunicación sexual, los resultados muestran que existe diferencia significativa en el seguimiento uno al mes ($U= 258.500, p < .001$) y seguimiento dos a los dos meses ($U= 251.500, p < .001$) posterior a la intervención educativa. Las medias fueron similares para el seguimiento uno y dos, la media de normas subjetivas en el seguimiento uno del grupo intervención fue de 4.01 y en el grupo control de 3.56 y en el seguimiento dos en el grupo intervención fue de 4.00 y en el grupo control de 3.57.

Tabla 23

Prueba U de Mann-Whitney para normas subjetivas para la comunicación sexual pre-test, post-test, mes y dos meses de grupo intervención y control

Variable	<i>n</i>	<i>Media</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>Valor de p</i>
Pre-test: Normas subjetivas						
Intervención	34	3.87	3.84	.335	426.500	.062
Control	34	3.64	3.69	.475		
Post-test: Normas subjetivas						
Intervención	33	3.30	3.33	.356	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>
Control	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>		
Mes: Normas subjetivas						
Intervención	33	4.01	4.00	.326	258.500	.000
Control	33	3.56	3.46	.538		
Dos meses: Normas subjetivas						
Intervención	33	4.00	3.92	.314	251.000	.000
Control	33	3.57	3.53	.531		

Nota: n = Numero de casos, Media = Promedio aritmético, Mdn = Mediana, DE = Desviación estándar, U = Estadístico de la prueba Mann-Whitney, N/A = No Aplica

En la tabla 24 se muestra la variable control percibido de la comunicación sexual, los resultados muestran que existe diferencia significativa en el seguimiento

uno al mes ($U= 381.500, p < .05$) y seguimiento dos a los dos meses ($U= 370.500, p < .05$) posterior a la intervención educativa. La media de control percibido en el seguimiento uno del grupo intervención fue de 4.23 y en el grupo control de 3.92 y en el seguimiento dos en el grupo intervención fue de 4.35 y en el grupo control de 3.89.

Tabla 24

Prueba U de Mann-Whitney para control percibido de la comunicación sexual pre-test, post-test, mes y dos meses de grupo intervención y control

Variable	<i>n</i>	Media	Mdn	DE	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Pre-test: Control						
Percibido						
Intervención	34	3.88	4.00	.723	461.500	.151
Control	34	3.60	3.70	.873		
Post-test: Control						
Percibido						
Intervención	33	4.04	4.00	.556	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>
Control	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>		
Mes: Control Percibido						
Intervención	33	4.23	4.20	.466	381.500	.036
Control	33	3.92	4.00	.915		

Dos meses: Control

Percibido

Intervención	33	4.35	4.40	.430	370.500	.025
Control	33	3.89	4.00	.911		

Nota: n = Numero de casos, *Media* = Promedio aritmético, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación estándar, *U* = Estadístico de la prueba Mann-Whitney, *N/A* = No Aplica

En la tabla 25 se muestra la variable comodidad para comunicarse sobre temas sexuales, los resultados indican que existe diferencia significativa en el seguimiento uno al mes ($U= 339.500, p < .001$) y seguimiento dos a los dos meses ($U= 210.000, p < .001$) posterior a la intervención educativa. La media de comodidad en la comunicación en el seguimiento uno del grupo intervención fue de 3.72 y en el grupo control de 3.27 y en el seguimiento dos en el grupo intervención fue de 3.80 y en el grupo control de 3.19.

Tabla 25

Prueba U de Mann-Whitney para comodidad para comunicarse sobre temas sexuales pre-test, post-test, mes y dos meses de grupo intervención y control

Variable	n	<i>Media</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>Valor de p</i>
Pre-test: Comodidad en la Comunicación						
Intervención	34	3.30	3.55	.747	509.000	.396
Control	34	3.12	3.27	.867		

Post-test: Comodidad en la Comunicación						
Intervención	33	3.58	3.77	.446	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>
Control	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>		
Mes : Comodidad en la Comunicación						
Intervención	33	3.72	3.88	.377	339.500	.008
Control	33	3.27	3.33	.681		
Dos meses: Comodidad en la Comunicación						
Intervención	33	3.80	4.00	.352	210.000	.000
Control	33	3.19	3.22	.688		

Nota: *n* = Numero de casos, *Media* = Promedio aritmético, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación estándar, *U* = Estadístico de la prueba Mann-Whitney, *N/A* = No Aplica

En la tabla 26 se muestra la variable conocimiento sobre temas sexuales, los resultados indican que existe diferencia significativa en el seguimiento uno al mes ($U= 57.500, p < .001$) y seguimiento dos a los dos meses ($U= 62.000, p < .001$). La media de conocimiento en el seguimiento uno del grupo intervención fue de 84.72 y en el grupo control de 64.45 y en el seguimiento dos en el grupo intervención fue de 86.13 y en el grupo control de 66.31.

Tabla 26

Prueba U de Mann-Whitney para conocimiento sobre temas sexuales pre-test, post-test, mes y dos meses de grupo intervención y control

Variable	<i>n</i>	<i>Media</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>Valor de p</i>
Pre-test: Conocimiento						
Intervención	34	68.32	69.23	16.64	550.000	.730
Control	34	70.92	73.07	12.38		
Post-test: Conocimiento						
Intervención	33	80.18	84.61	11.82	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>
Control	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>		
Mes: Conocimiento						
Intervención	33	84.49	84.61	8.57	57.500	.000
Control	33	64.45	65.38	10.44		
Dos meses:						
Conocimiento						
Intervención	33	86.13	88.46	8.37	62.000	.000
Control	33	66.31	69.23	10.49		

Nota: n = Numero de casos, Media = Promedio aritmético, Mdn = Mediana, DE = Desviación estándar, U = Estadístico de la prueba Mann-Whitney, N/A = No Aplica

Hipótesis Dos.

Para responder a la hipótesis dos que señala, los padres que participaron en el programa “¡Cuídate!” incrementarán significativamente la comunicación sexual que los padres del grupo de control después de la intervención, al mes y a los dos meses.

Se realizó la prueba U de Mann-Whitney, en la tabla 27 se muestra la comunicación sexual de padres a hijos(as), los resultados indican que existe diferencia significativa en el seguimiento dos, esto es a los dos meses posterior a la intervención educativa ($U= 392.500, p < .05$). La media de conocimiento en el seguimiento dos en el grupo intervención fue de 4.06 y en el grupo control de 3.66.

Tabla 27

Prueba U de Mann-Whitney para comunicación sexual de padres a hijos(as) pre-test, post-test, mes y dos meses de grupo intervención y control

Variable	<i>n</i>	Media	Mdn	DE	<i>U</i>	Valor de <i>p</i>
Pre-test: Comunicación Sexual						
Intervención	34	3.56	3.75	.705	471.500	.191
Control	34	3.24	3.25	1.01		
Post-test: Comunicación Sexual						
Intervención	33	3.68	3.77	.709	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>
Control	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>		
Mes: Comunicación Sexual						
Intervención	33	3.97	4.00	.396	439.000	.174
Control	33	3.64	3.77	.902		

Dos meses:

Comunicación Sexual

Intervención	33	4.06	4.00	.412	392.500	.050
Control	33	3.66	3.66	.853		

Nota: n = Numero de casos, *Media* = Promedio aritmético, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación estándar, *U* = Estadístico de la prueba Mann-Whitney, *N/A* = No Aplica

Para la hipótesis dos se concluye que los padres que participaron en el programa “¡Cuídate!” incrementaron significativamente la comunicación sexual que los padres del grupo de control después de la intervención, al mes y a los dos meses, por lo que se acepta parcialmente la hipótesis ya que se mostró una diferencia a los dos meses posteriores a la intervención educativa.

Hipótesis Tres.

Para responder a la hipótesis tres que señala, los padres que participaron en el programa “¡Cuídate!” incrementarán significativamente las intenciones para comunicarse acerca de sexo que los padres del grupo control después de la intervención, al mes y a los dos meses. Se realizó la prueba U de Mann-Whitney, en la tabla 28 se muestra la intención de comunicación sexual de padres a hijos(as), los resultados indican que no existe diferencia significativa en ninguna de las tres mediciones; pre-test ($U= 490.000$, $p = .273$), mes ($U= 534.500$, $p = .896$) y dos meses ($U= 477.500$, $p = .381$).

Tabla 28

Prueba U de Mann-Whitney para intención de comunicación sexual pre-test, post-test, mes y dos meses de grupo intervención y control

Variable	<i>n</i>	<i>Media</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>U</i>	<i>Valor de p</i>
Pre-test: Intención						
Intervención	34	4.40	4.50	.533	490.000	.273
Control	34	4.04	4.25	1.05		
Post-test: Intención						
Intervención	33	4.41	4.50	.532	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>
Control	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>	<i>N/A</i>		
Mes: Intención						
Intervención	33	4.40	4.50	.454	534.500	.896
Control	33	4.24	4.25	.871		
Dos meses: Intención						
Intervención	33	4.48	4.50	.409	477.500	.381
Control	33	4.21	4.25	.911		

Nota: n = Numero de casos, Media = Promedio aritmético, Mdn = Mediana, DE = Desviación estándar, U = Estadístico de la prueba Mann-Whitney, N/A = No Aplica

Para la hipótesis tres se concluye que los padres que participaron en el programa “¡Cuídate!” no mostraron mayores intenciones para comunicarse acerca de sexo que los padres del grupo control después de la intervención, al mes y a los dos meses, por lo que se rechaza la hipótesis planteada.

Capítulo IV

Discusión

El objetivo general del presente estudio fue adaptar la intervención “¡Cúdate!” y determinar si ésta incrementa la comunicación sexual de padres de adolescentes de comunidades urbano-marginadas del área metropolitana de Monterrey, N. L. La Teoría de la Acción Razonada y Conducta Planeada de Fishbein y Ajzen (1991) y el Proceso de Adaptación de McKleroy (2006) sirvieron como base para la realización de este estudio. A continuación se discuten los resultados obtenidos de los cuatro objetivos específicos y las tres hipótesis planteadas en el estudio. Adicionalmente, se presentan las limitaciones registradas durante la realización del estudio y finalmente se presentan conclusiones y recomendaciones.

Los participantes fueron en su totalidad madres, aunque se invitó tanto a padres como a madres para participar en la intervención. Lo anterior es semejante a estudios de intervención realizados en población latinoamericana en donde se le considera y se le delega a la mujer el rol de cuidadora y protectora de la salud de los miembros de la familia (Gallegos, Villarruel, Gomez, Onofre y Zhou, 2007; Villarruel, Loveland, Gallegos, Ronis y Zhou, 2008; Ketchen et al., 2005). Además se observa que la mayoría de las madres participantes se encontraban en etapas de adultez joven a media y que en su mayoría solamente habían estudiado hasta la secundaria; lo anterior es característico de las comunidades marginadas en donde rezago en educación y falta de planificación familiar es elevado (Chávez et al. 2010).

En respuesta al objetivo uno se realizó la adaptación del currículo “¡Cúidate!” para padres de adolescentes de comunidades urbano-marginadas mediante el proceso de adaptación de McKleroy (2006) el cual se basó en tres grandes etapas. La primera, fue la Valoración, en la cual se realizó un grupo focal con madres de características similares que permitió conocer a la población blanco a mayor profundidad y sus necesidades específicas en cuanto a comunicación sexual se refieren. Esta estrategia es recomendable cuando se va implementar una intervención en diferentes grupos poblacionales, de diferente edad y/o diferentes etnia (Rebhook, Kegeles, Huebner & the TRIP Research Team, 2006). Posterior a esto se realizó la etapa de Preparación, en la cual se consideró lo obtenido en la etapa de valoración y se realizaron las modificaciones pertinentes al currículo (información sobre papiloma humano, tarea con ambos padres y enfatizar la importancia de los padres como principales educadores) y materiales (adaptación de pósters con menos letras y más ilustraciones, así mismo se les entregó un tríptico informativo y un manual de apoyo a padres). Estas modificaciones realizadas son pertinentes de acuerdo a lo mencionado por Kraft, Mezoff, Sogolow, Neumann y Thomas (2000) en su modelo de transferencia de tecnología ya que menciona que en la fase de pre-implementación se deben de preparar y organizar los materiales de acuerdo a las necesidades de la población y la comunidad. La última etapa del proceso fue la implementación en la cual se utilizaron los materiales previamente adaptados y se cuidó que la fidelidad al programa se cumplirá en la medida de lo posible. Lo anterior es fundamental en toda adaptación debido a que se deben de proteger al máximo los elementos clave de los currículos y en la implementación se permite evaluar si aun con las modificaciones realizadas los resultados obtenidos son similares a los de la investigación original (CDC, 2006).

En relación a los hallazgos reportados en la comprobación del objetivo dos, donde se planteó establecer si el efecto de la intervención “¡Cuídate!” sobre la comunicación sexual de padres a hijos estaba mediado por las variables de estudio (actitudes, norma subjetiva, control percibido de la comunicación sexual, intención, comodidad para comunicarse y conocimiento sobre temas sexuales), se puede decir que no se encontró una medición entre las variables del estudio con el efecto de la intervención aunque se muestran que las variables que influyen directamente y significativamente en la comunicación sexual son el control percibido y el conocimiento sobre temas sexuales.

Esto es que los padres cuando perciben tener mayor capacidad para de comunicación, así como tener conocimientos necesarios para hablar con sus hijos(as) es más probable que se comuniquen con sus hijos(as) sobre temas sexuales, siendo estas dos variables significativas que intervienen directamente para que se presente la comunicación de padres a hijos(as). Estos datos coinciden con Dilorio, McCarty y Denzmore (2006); Pluhar, Dilorio y McCarty (2007); y Dilorio et al. (2001) quienes reportaron valores significativos sobre la comunicación en temas de sexo de padres a hijos en las variables creencias de control o con la variable social cognitiva de auto-eficacia donde los resultados mostraron que la comunicación sobre temas sexuales se relacionó significativamente con las creencias de control o autoeficacia. Respecto al conocimiento sobre temas sexuales los resultados coinciden con lo reportado por Ramírez, González, Cavazos y Ríos (2006); Gallegos, Villarruel, Gomez, Onofre y Zhou (2007); y Villarruel, Loveland, Gallegos, Ronis y Zhou (2008) donde los padres refirieron tener mayor conocimiento sexual sobre ITS, VIH/SIDA y uso del condón, así mismo se reportó que no había diferencias en conocimiento de acuerdo a su nivel socioeconómico, así

como el no contar con el conocimiento necesario los padres refieren mayor dificultad hablar de sexualidad con sus hijos(as).

El objetivo tres se determinó si el efecto de la intervención “¡Cuídate!” sobre la intención de comunicación sexual esta mediado por las actitudes, norma subjetiva, control percibido de la comunicación sexual, y comodidad para comunicarse, en base a estos resultados no se encontró una medición entre las variables del estudio con el efecto de la intervención aunque se muestra que el control percibido de la comunicación sexual influye positiva y significativamente en la intención de comunicación sexual, este resultado puede explicarse que los padres que perciben tener mayor capacidad de comunicarse, tendrán mayores intenciones de comunicarse con su hijo(a) sobre temas de sexo.

Es importante mencionar que estos hallazgos son similares a lo reportado por Miranda, Benavides y Salas (2010); y Villarruel, Loveland, Gallegos, Ronis y Zhou (2008), quienes reportaron que las creencias normativas y de control se relacionaron con las intenciones de comunicación sexual, mientras que las creencias conductuales no mostraron una relación significativa, siendo esto igual a lo reportado en el presente estudio. Por lo anterior, se deduce que las normas subjetivas y control percibido de los padres se relacionan con las intenciones de comunicación sexual, siendo estas variables junto con la intención predictoras de la comunicación sexual entre padres e hijos.

El objetivo cuatro señalo que las variables edad y sexo del hijo y del padre y escolaridad moderan el efecto de la intervención “¡Cuídate!” sobre la intención y la comunicación sexual de padres a hijos. Los resultados mostraron que estas variables no influyen en la intención, ni en la comunicación sexual. Sin embargo, este

resultado es el esperado ya que la intervención “¡Cuídate!” es efectiva independientemente de las variables anteriormente señaladas.

Para dar respuesta a las hipótesis del estudio se realizaron pruebas *U* de Mann-Whitney. Respecto a los hallazgos reportados en la comprobación de la hipótesis uno, se puede concluir que solo la variable de actitudes acerca de la comunicación sexual mostró diferencia significativa en el seguimiento uno (mes) posterior a la intervención obteniendo una media más alta para el grupo de intervención. Esto puede explicarse ya que estas variables psicosociales necesitan un tiempo considerable para que se produzca un cambio en ellas posterior a la intervención educativa, esto demuestra que los seguimientos de la intervención deberían de ser al menos a los tres meses posterior a la intervención. En este mismo sentido, se ha realizado estudios de hasta con un año de seguimientos posterior a la intervención (Villarruel, Loveland, Gallegos, Ronis & Zhou, 2008).

La hipótesis dos mostró que existió una diferencia significativa en la comunicación sexual de los padres en el seguimiento dos (dos meses) posterior a la intervención educativa, esto también teniendo una relación de género ya que en su totalidad fueron madres de familia las que participaron en la intervención. La literatura muestra que los adolescentes en general hablan más con sus madres que con sus padres, así mismo en otros estudios reportan medias más altas con las madres y tener mayor comunicación sobre temas de sexo que los padres varones (Dilorio, Dudley, Terry & Wasserman, 2001; Miller, Kotchick, Dorsey, Forehand & Ham, 1998; Somers y Paulson, 2000). Respecto a estudios de intervención aleatorizados y controlados para incrementar la comunicación sexual realizada con latinos y afroamericanos, así como en México se demostró que los padres que participaron en el grupo de intervención reportaron mayor frecuencia en

la comunicación acerca de prevención de CRS que los padres que no participaron, así como un aumento considerable en la comunicación sexual. Esto demuestra que la efectividad de una intervención aumenta la calidad y cantidad de comunicación entre padres e hijos(as) (Blake, Simkin, Ledsky, Perkins & Calabrese, 2001; O'Donnell, Stueve, Agronick, Wilson-Simmons, Duran & Jeanbaptiste, 2005; Lehr, Demi, Dilorio y Facteau, 2005; Villarruel, Loveland, Gallegos, Ronis y Zhou, 2008). Por lo anterior es posible afirmar que los padres que participan en una intervención efectiva incrementan la comunicación sexual con sus hijos(as) adolescentes.

Finalmente, la hipótesis tres mostró que los padres que participaron en el programa “¡Cuidate!” no mostraron mayores intenciones para comunicarse acerca de sexo que los padres del grupo control después de la intervención en ninguna de las tres mediciones esto difiere con lo reportado con Tanner, Carlson, Raymond y Hopkins (2008); y Miranda, Benavides y Salas (2010) quienes encontraron que los padres con actitudes positivas tenían mayores intenciones de comunicarse con sus hijos acerca de sexo, mostrando un coeficiente de regresión alto y significativo de la intención con la comunicación sexual. Siendo la intención un predictor de la conducta, es posible que en los padres que participaron en el estudio muestran características particulares una de ellas es el estrato socioeconómico en donde es posible que se haya dado este resultado ya que no planean cuando se comunicaran con sus hijos(as), sino que se da de manera espontánea, además en común que en este tipo de poblaciones expresen un alto grado de preocupación y angustia al pensar que sus hijos(as) pueden quedar embarazadas o embarazar a alguien como en el caso de los varones mas que una enfermedad transmisible.

Respecto a la intervención educativa “¡Cuidate!” Promueve tu salud currículo para padres, resulto efectiva para el grupo de población estudiado, la intervención se realizo en grupos pequeños se realizaron actividades interactivas,

juegos de roles, modelaje e improvisaciones, videos y carteles con la finalidad de desarrollar estrategias y habilidades en los padres para comunicarse con sus hijos(as) sobre temas sexuales. Para la estandarización de la intervención educativa se tuvieron manuales para el facilitador, cabe mencionar que previamente se entrenaron a los facilitadores para garantizar la fidelidad y apego al currículo tomando en cuenta el tiempo para cada uno de los módulos, la evaluación se realizó antes, durante y posterior a la entrega por medio de cuestionarios pre-test y post-test al finalizar el entrenamiento y la intervención, esto con la finalidad de saber que tanto el facilitador se apego al currículo y si se cumplió con el tiempo sugerido para cada actividad y así como documentar las dificultades presentadas. Durante la entrega se trato de crear un ambiente de confianza en el grupo donde se estimulo a los padres a participar en las actividades y expresar expresiones y sentimientos.

Conclusiones

Los instrumentos aplicados presentaron una confiabilidad aceptable.

Se presento tasa de deserción del 20% de los participantes durante el proceso de seguimiento principalmente en el grupo de control, siendo esto característico de los estudios de intervención con seguimientos.

Se realizaron adaptaciones pertinentes y específicas a la población en específico.

No se encontró un efecto de la intervención sobre la comunicación sexual e intención de comunicación con las variables actitudes, norma subjetiva, control percibido de la comunicación sexual, intención, comodidad para comunicarse y conocimiento sobre temas sexuales.

Las variables edad y sexo del padre y del hijo y escolaridad no moderan el efecto de la intervención “¡Cuídate!” sobre la intención y la comunicación sexual de padres a hijos.

La variable de actitudes acerca de la comunicación sexual mostró diferencia significativa en el seguimiento uno (mes) posterior a la intervención educativa.

La comunicación sexual de los padres mostró diferencia significativa en el seguimiento dos (dos meses) posterior a la intervención.

Los padres que participaron en el programa “¡Cuídate!” no mostraron mayores intenciones para comunicarse acerca de sexo después de la intervención en ninguna de las tres mediciones.

Los resultados muestran que la intervención “¡Cuídate!” es efectiva a la población estudiada, incrementando en los participantes conocimientos, habilidades y destrezas para aumentar la comunicación de padres a hijos(as).

Limitaciones

Los seguimientos se realizaron al mes y a los dos meses posteriores a la intervención.

Tamaño de muestra pequeño.

Se tuvo deserción de participantes de estudio.

Los participantes solo fueron del sexo femenino.

Dificultad para localizar a los participantes del estudio en los seguimientos.

Recomendaciones

Revisar y rediseñar el instrumento de actitudes acerca de la comunicación sexual.

Profundizar la variable de actitudes acerca de la comunicación sexual en el currículo.

Profundizar la variable de intención sobre comunicación sexual.

Realizar seguimientos a los tres, seis y doce meses posteriores a la intervención para observar el efecto y comportamiento de las variables en un periodo más amplio.

Realizar investigaciones con paradigmas cualitativo y cuantitativo, para comprender a mayor profundidad la conducta.

Referencias

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1988). *From intentions to actions*. En I. Ajzen (ed.) *Attitudes, personality and behavior*. Chicago: The Dorsey Press.
- Achterbergh, Jan-Vriens & Dirk (2002). Managing viable knowledge. *Systems Research and Behavioral Science*, 19(3).
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Londres: Prentice Hall International.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Barnes, H. L. & Olson, D. H. (1982). Parent adolescent communication scale. En D. H. Olson, H. I. McCubbin, H. Barnes, A. Larsen, M. Muxen, & M. Wilson. *Family inventories: Inventories used in a national survey of families across the family life cycle*. *Family Social Science Department*. University of Minnesota. 33-48.
- Benavides, R. (2007). An interaction model of parents and adolescents influences on Mexican adolescents intentions for contraception and condom use. University of Texas at Austin. 87-89.
- Burns, N. & Grove, S. (2005). *The practice of nursing research*. USA: Saunders Company.
- Blake, S., Simkin, L., Ledsky, R., Perkins, C. & Calabrese, J. (2001). Effects of a parent-child communication intervention on young adolescents risk for early onset of sexual intercourse. *Family Planning Perspectives*, 33(2), 52-61
- Calle, M. C. (2005). *Desarrollo y salud sexual de adolescentes y jóvenes*. Recuperado el 20 de Mayo del 2009 de <http://www.minsa.gob>.

- Callejas, S. & Fernández, B. (2005). Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes en la ciudad de Toledo. *Revista Española de Salud Pública*, 79, 581- 89.
- Center for Substance Abuse Prevention. (2001). *Finding the balance: Program fidelity and adaptation in substance abuse prevention*.
- Colomer, J. (2003). Prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. *PrevInfad (Grupo de trabajo AEPap/ PAPPS sem FYC)*.
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA [CONASIDA] (2009). Registro Nacional de Casos de SIDA 2009. Recuperado el 20 de Julio de 2010 de <http://www.salud.gob.mx/conasida>.
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA [CONASIDA] (2000). *Acción educativa para la salud sexual (ACCIONES A.C.)*. Cartilla de los derechos sexuales de las jóvenes y los jóvenes para prevenir el VIH/SIDA e ITS.
- Davis, K.C. Blitstein, J. L. Evans, W.D. Kamyab, K. (2010). Impact of a parent-child sexual communication camping: results from a controlled efficacy trial of parents. *Public Health Policy Research Program*, 7-17.
- Dilorio C., McCarty, F. & Denzmore, P. (2006). An exploration of social cognitive theory mediators of father-son communication about sex. *Journal of Pediatric Psychology*, 1-11.
- Dilorio C., Pluhar, E. & Belcher, L. (2003). Parent-child communication about sexuality: A review of the literature from 1980-2002. *Journal of HIV/AIDS Prevention and Education for Adolescents and Children*. 5, 7-32.

- Dilorio, C., Dudley, W. N., Terry, W. D., Wasserman, J., Eichler, M., Belcher, L. & West-Edwards, C. (2001). Measurement of parenting self-efficacy and outcome expectancy related to discussions about sex. *Journal of Nursing Measurement*, 9(2); 135-149.
- Dilorio, C., Kelley, M. & Hocknberry-Eaton, M. (1999). Communication about sexual issues: mothers, fathers, and friends. *Journal of adolescent health*, 24, 181-189.
- Dutra, R., Miller, K., & Forehand, R. (1999). The process and content of sexual communication with adolescents in two-parent families: Associations with sexual risk-taking behavior. *AIDS and Behavior*, 3, 59–66.
- Elashoff, D.J., Dixon, J. W. & Crece, M. K. (2000). Paquete Estadístico n'Query Advisor. (Version 4.0). Copyright [Software Estadístico]. Los Ángeles C. Statistical Solutions.
- Fernández, F. & Givaudan, M. (1999). Un equipo contra el SIDA: Manual de capacitación para orientadores. México: IMIFAP.
- Fishbein, M. (1990). AIDS and behavior change: An analysis based on the theory of reasoned action. *Interamerican Journal of Psychology*, 24, 37-56.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas en México. [UNFPA] (2003). Estado de la Población Mundial. *Promoción de comportamientos más saludables. Involucran a padres y madres*.
- Gale, L., Forehand, R., Miller, K., Whitaker, D., Long, N. & Armistead, L. (2007). Are parental gender role beliefs a predictor of change in sexual communication in a prevention program?. *Behavior modification*, 31, 435-453.

- Gallegos, E.C., Villarruel, A. M., Gomez, M.V., Onofre, D. J., Zhou, Y. (2007). Sexual communication and knowledge among Mexican parent and their adolescent children. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 18, 28-34.
- Givaudan, M., Llenen, I., Van de Vijver, F., Poortinga, Y.H. & Pick, S. (2008). Longitudinal study of a school based HIV/AIDS early prevention program for Mexican Adolescents. *Psychology & Medicine*, 13(1), 98-110.
- Givaudan, M., Poortinga, Y.H. & Van de Vijver, F. (2005). Identifying precursors of safer-sex practices in Mexican adolescents with and without sexual experience: An exploratory model. *Journal of Applied Social Psychology*, 35, 1089-1109.
- Goncalves, S., Castella, J. & Carlote, M.S. (2007). Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(2), 161-166.
- Guilamo-Ramos, V., Jaccard, J., Dittus, P., Bouris, A., & Holloway, I (2007). Adolescent expectancies, parent-adolescent communication, and intentions to have sexual intercourse among inner city middle school youth. *Annals of behavioral Medicine*, 34(1), 56-66.
- Green, H.H. & Documet, P.I. (2005). Parent peer education: Lessons learned from a community-based initiative for teen pregnancy prevention. *J. Adolesc Health*, 37(3), 100-107.
- Harper, G. & DeCarlo, P. (1999). ¿Que necesitan los adolescentes en la prevención del VIH?. *Center for AIDS Prevention Studies*. University of California.
- Hutchinson, M.K., Jemmott, J.B. Jemmott, L.S. Braverman, P. & Fong, G.T. (2003). The role of mother-daughter sexual risk communication in reducing sexual risk behaviors among urban adolescent females: A prospective study. *Journal of adolescent health*, 33, 98-107.

- Hutchinson, M.K. (2002). The influence of sexual risk communication between parents and daughters on sexual risk behaviors. *Family Relations*, 51(3), 238-248.
- Hutchinson, M.K. (1999). Individual, family, and relationship predictors of young women's sexual risk perceptions, *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 28(1), 60-67
- Hutchinson, M.K. & Cooney, T.M. (1998). Patterns of parent-teen sexual risk communication: Implications for intervention. *Family Relations*, 47(2), 185-94.
- Idrobo, B., Castellano, L. & Nieto, G. (1998). *Factores protectores familiares para prevenir conductas de riesgo en adolescentes de un colegio de la ciudad de Quito*. Recuperado el 23 de Marzo del 2009 de <http://www.boletinaps.org/boletin/boletin6/articulo1.pdf>.
- Instituto Nacional de Geografía e Informática [INEGI] (2000). Embarazo adolescente. Recuperado el 05 de Diciembre de 2009 de <http://www.inegi.gob.mx>
- Jason, L.A. Durlak, J.A. & Holton-Walker, E. (1984). Prevention of child problems in the schools. En Roberts & Peterson, *Prevention of Problems in Childhood*. New York: Wiley.
- Jemmott, Villarruel & Jemmott. (2000). Latino mother-son HIV risk reduction interventions.
- Jemmott, J. B. III, Jemmott, L. S. & Fong, G.T. (1998). Abstinence and Safer Sex HIV Risk-Reduction Interventions for African American Adolescents. A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 279, 1529-1536.
- Jemmott, J. B., Jemmott, L. S. & Fong, G.T. (1992). Reductions in HIV risk-associated sexual behaviors among black male adolescents: Effects of an

- AIDS prevention intervention. *American Journal of Public Health*, 82, 372-377.
- Jerman, P. & Constantine, N. (2010). Demographic and Psychological Predictors of Parent-Adolescent Communication About Sex: A Representative Statewide Analysis. *Youth Adolescence*, 36, 1164-1174. DOI:10.1007/s10964-010-9546-1.
- Kelly, J.A., Heckman, T.G., Stevenson, L.Y., Williamns, P.N., Erd, T., Hays, R.B., et al. (2000). Transfer of research-based HIV prevention interventions to community service providers: Fidelity and adaptation. *AIDS Education and Prevention*, 12, 87-98.
- Ketchen, B., Linder, G., Armistead, L., Austin, B., Forehand, R., Miller, K.S. & Long, N. (2005). Mother-child Communications about sex: associations with gender role beliefs and child gender. *Natl HIV Prev Conf*. 12-15.
- Klein, J.D., Sabaratnam, P., Pazos, B., Matos, M., Graff, C. & Brach, M. (2005). Evaluation of the parents as primary sexuality educators program, *Society for Adolescent Medicine*, 37(3), 94-99.
- King, I. M. (1992). *Enfermería como profesión. Filosofía, principios y objetivos*. Ed. Limusa.
- Lederman, R., Chan, W. & Roberts-Gray, C. (2008). Parent-adolescent relationship education (PARE): Program delivery to reduce risks for adolescent pregnancy and STDs. *Behavioral Medicine*, 33(4), 137-144.
- Lehr S. T., Demi A. S., Dilorio, C. & Facticeau J. (2005). Predictors of fathers-son communication about sexuality. *The Journal of Sex Research*. New York. 42(2); 119-129
- Lehr, S. T., Dilorio, C., Dudley, W. N. & Lipana, J. A. (2000). The relationship between parent adolescent communication and safer sex behaviors in college students. *Journal of family nursing*. 6; 1-16

- López, R. F. & Moral, R. J. (1998). Genero, sexualidad, autoeficacia y actitud hacia conductas sexuales de riesgo en población adolescente. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Márquez, MA. & Duran, MR. (2007). Autoeficacia en comunicación de padres a hijos sobre temas de sexo. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 15, 12-15.
- Martínez-Donate, A. P., Hovell, M. F., Blumberg, E. J., Zellner, J. A., Sipan, C. L., Shillington, A. M. & Carrizosa, C. (2004). Gender differences in condom-related behaviors and attitudes among Mexican adolescents living on the U.S. Mexico border. *AIDS Education and Prevention*, 16(2), 172-186.
- Martino, S.C., Elliott, M.N., Corona, R., Kanouse, D.E. & Schster, M.A. (2008). Beyond the “Big Talk”: The Roles of Breadth and Repetition in Parent-Adolescent Communication About Sexual Topics. *Pediatrics*, 121, 12-18.
- Mendizabal J.A. & Anzures. B. (1999). La familia y el adolescente. *Rev Med Hosp Gral Mex*, 62(3), 191-197.
- McKleroy, V. S., Galbraith, J. S., Cummings, B., Jones, P., Harshbarger, C., Collins, B., Gelaude, D., Carey, J. W. & the ADAPT Team. (2006). Adapting Evidence-Based Behavioral Interventions for New Settings and Target Populations. *AIDS Education and Prevention*, 18, 59-73.
- McNeely, C.A., Nonnemaker, J.M. & Blum, R.W. (2002). Promoting school connectedness: Evidence from the National longitudinal study of adolescent health. *Journal of school health*, 72(4).
- Miller, K.S., Levin, M. L., Whitaker, D. J. & Xu, X. (1998). Patterns of condom use among adolescents: The impact of mother-adolescent communication. *American Journal of Public Health*, 88, 1542-1544.
- Miller, B. K., Kotchick, B. A., Dorsey, S., Forehanddand, R. & Ham, A.Y. (1998). Family communication about sex: What are parents saying and are their adolescents listening. *Family Planning Perspectives*, 30(5); 218–222.

- Miranda, Benavides y Salas (2010). Modelo de comunicación sexual en padres de adolescentes de comunidades marginadas de Monterrey, N. L. Primer congreso de posgrado en enfermería.
- Murray, N. J., Zabin, L. S., Dreves, V. T. & Charat, X. L. (1998). Diferencias de género en factores que influyen en el inicio de relaciones sexuales en adolescentes escolares urbanos en Chile. *Perspectivas Internacionales en Planificación*.
- O'Donnell, I., Stueve, A., Agronick, G., Wilson-Simmons, R., Duran, R., & Jeanbaptiste, V. (2005). Saving sex for later: An evaluation of a parent education intervention. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 37(4), 166-173.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2003). 53 Asamblea Mundial de la Salud. Informe de la Dirección General VIH/SIDA. Recuperado el 05 de Junio de 2009 de <http://apps.who.int>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2004). Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. *Los Jóvenes y el VIH/SIDA una oportunidad en un momento crucial*.
- Organización de las Naciones Unidas Contra el SIDA [ONUSIDA] (2006). Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH/SIDA. *Informe sobre Epidemia Mundial 2006*.
- Organización Panamericana de Salud [OPS] (2009). Las infecciones de transmisión sexual ITS – VIH/SIDA. Recuperado el 10 de Junio de 2009 de <http://www.ops.org.bo/its-vih-sida/>
- Palacios, D.J., Bravo, F.M. & Andrade, P.P. (2007). Consumo de alcohol y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *Psychology International*, 18(4), 1-12.

- Pérez, C. & Pick, S. (2006). Conducta Sexual Protegida en Adolescentes Mexicanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(3), 333-340.
- Perrino, T., Gonzalez-Soldevilla, A., Pantin, H. & Szapocznik, J. (2000). The role of familias in adolescents HIV Prevention: A Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3(2), 81-96.
- Pick, S., Givaudan, M., Sirkin, J., & Ortega, I. (2007). Communication as a Protective Factor: Evaluation of a Life Skills HIV/AIDS Prevention Program for Mexican Elementary-School Students. *AIDS Education and Prevention*, 19(5), 408-421.
- Pluhar, E., Dilorio, C. & McCarty, F. (2008). Communication about sexuality between African-American mothers and their children ages 12-16.
- Ramírez, J.M., González, J.M., Cavazos, J.J. & Ríos, T. (2006). Actitudes de los padres sobre sexualidad en sus hijos, valores y medidas preventivas de SIDA. *Rev Salud Pública y Nutrición*, 7(1).
- Reyes-Morales, H., Gómez-Dantés, H., Torres-Arreola, L.P., Tomé-Sandoval, P., Galván-Flores, G., González-Unzaga, M.A. & Gutiérrez-Trujillo, G. (2009). Necesidades de salud en áreas urbanas marginadas de México. *Rev Panamericana de Salud Pública*, 25(4), 328–336.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press.
- Secretaría de Salud [SSA] (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. México.: Porrúa.
- Somers, Ch. L. & Paulson, S. E. (2000). Students' perception of parent adolescent closeness and communication about sexuality: relation with sexual knowledge, attitudes and behaviours. *Journal of Adolescent*, 23, 629–644.

- Tanner, J.F., Carson, L.A., Raymond, M.A., Hopkins, C. D. (2008). Reaching parents to prevent adolescent risky behaviour: Examining the effects of treatment portrayal and parenting orientation on parental participation perception. *Journal of Public Policy & Marketing*. 27.
- Talavera, G.A. (2002). Prevención de conductas de riesgo en el adolescente. *Boletín de Enfermería de Atención Primaria*. 1-12.
- Villarruel, A. M., Loveland, C., Gallegos, E. C., Ronis, D. L. & Zhou, Y. (2008). A parent-adolescent intervention to increase sexual risk Communications: results of a randomized controlled trial. *AIDS Education and Prevention*, 20(5), 371-383.
- Villarruel, A. M., Jemmott, J. B. III, & Jemmott, L. S. (2005). A randomized controlled trial testing an HIV prevention intervention for Latino youth. *Archives of Adolescent Medicine*, under review.
- Villarruel, A. M., Jemmott, J. B. III, & Jemmott, L. S. & Ronis, D. L. (2004). Predictors of sexual intercourse and condom use intentions among Spanish-dominant Latino youth: A test of the planned behavior theory. *Nursing Research*, 53(3), 172-81.
- Villarruel, A. M. (1998). Cultural influences on the sexual attitudes, beliefs, and norms of young Latina adolescents. *Journal of the Society of Pediatric Nursing*, 3, 69-76.

Apéndices

*Apéndice A***Consentimiento Informado de Padre/Madre o Tutor****Título: Intervención sobre comunicación sexual para padres en comunidades urbano-marginadas.**

PROPÓSITO. Se me ha invitado a participar en este proyecto, debido a que soy padre/madre o tutor de mi hijo(a) que tiene entre 14 y 18 años de edad. El propósito de éste es determinar si el programa “¡Cuídate!” incrementa la comunicación sexual de padres de adolescentes de comunidades urbano-marginadas del área metropolitana de Monterrey, N. L. Lo que busca el proyecto es incrementar la comunicación sexual de padres a hijos(as).

QUE IMPLICA EL ESTUDIO. Entiendo que tendré que asistir a un programa con una duración de dos sesiones de tres horas cada uno, e incorporarme a un grupo de trabajo con otros padres. Las sesiones incluirán una variedad de experiencias de aprendizaje, incluyendo discusiones en grupos pequeños, videos, juegos, ejercicios y sociodramas. Asimismo, se incluirá información sobre habilidad para conocerme a mi mismo, entender a los adolescentes, comunicarme y negociar con mi hijo(a) para que practiquen la abstinencia y el sexo seguro (evitar embarazos, ITS y VIH/SIDA). Entiendo que llenare cuestionarios sobre conocimientos, creencias, actitudes, intenciones y conductas respecto a los temas tratados. Los cuestionarios se llenarán antes y después de las sesiones dentro del programa.

CONFIDENCIALIDAD. Entiendo que el cuestionario incluye preguntas sobre actividades sexuales que algunas personas llevan a cabo, sobre el control prenatal, embarazos e infecciones de transmisión sexual. Entiendo que todas las respuestas se guardarán en privado y estricto anonimato. Ninguna información que me identifique será incluida en reportes o publicaciones. Unos meses después de haber concluido el estudio, todos los cuestionarios e información serán destruidos.

RIESGOS. No se conocen riesgos por participar en este estudio.

BENEFICIOS. Los aspectos positivos incluyen, a) aprender acerca de los riesgos a la salud, b) incrementar mi conocimiento para decirle a mi hijo(a) las maneras de cuidarse a sí mismo, c) mi participación me ayudará a entender mejor las conductas de los jóvenes, de manera que yo y otros puedan ayudar a la juventud a evitar los riesgos a la salud como contagiarse de SIDA, y d) no tendre ningún gasto por la participación en el programa, además de recibir una compensación monetaria por mi participación.

INFORMACIÓN FUTURA: Entiendo que si tengo preguntas adicionales acerca de la investigación, tengo el derecho de llamar a la Comisión de Ética al teléfono: 8348-1847 ext. 111.

RENUNCIA/RETIRO. Entiendo que mi participación es voluntaria y que me puedo retirar y abandonar el programa en el momento que yo decida. En caso de que se decida no participar o retirarse, no afectará los servicios que recibiremos en cualquier institución relacionada con el proyecto.

CONCLUSIÓN: He leído y entendido la forma de consentimiento. Se me dio la oportunidad para hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias. Estoy de acuerdo en paticipar en este programa. Una vez que firme, entiendo que una copia de este documento será guardada junto con sus archivos de investigación y yo recibiré otra copia.

Nombre:

Dirección, Calle y número:

Colonia: _____ Ciudad y Estado: _____

Número Telefónico: _____ Otro Teléfono: _____

Nombre y Firma del Padre/Madre o Tutor :

Nombre y Firma: Testigo 1

Nombre y Firma: Testigo 2

Dirección del Testigo 1:

Dirección del Testigo 2:

Firma del Investigador: _____

Fecha: _____

¡Muchas Gracias!

*Apéndice B***Consentimiento Informado para Grupo Focal**

TITULO. Intervención sobre comunicación sexual para padres en comunidades urbano-marginadas.

PROPÓSITO. Se me ha invitado a participar en un grupo focal, debido a que soy padre/madre o tutor de mi hijo(a) que tiene entre 14 y 18 años de edad. El propósito del estudio es adaptar y determinar si el programa “¡Cuídate!” incrementa la comunicación sexual de padres de adolescentes de comunidades urbano-marginadas del área metropolitana de Monterrey, N. L.

QUE IMPLICA EL ESTUDIO. Se me informó que me realizaran varias preguntas en un tiempo de una hora y media. Las preguntas son sobre mi opinión sobre creencias, comunicación sobre temas de sexo de padres a hijos(as), así como temas relacionados con embarazos no deseados, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA. La sesión se realizara en un salón privado donde conversare con aproximadamente 10 padres de familia durante la sesión se tomara información por escrito y estas a su vez será grabada, para su posterior revisión.

CONFIDENCIALIDAD. Entiendo que mi identidad será estrictamente confidencial, esto de acuerdo a lo dispuesto por la ley en materia de investigación en salud. Entiendo que todas las respuestas se guardarán en privado y estricto anonimato. Ninguna información que me identifique será incluida en reportes o publicaciones. Unos meses después de haber concluido el estudio, la entrevista e información grabada será destruida.

RIESGOS. No se conocen riesgos por participar. Sin embargo, si en alguno de los temas me hacen sentir incómodo(a) puedo negarme a contestar o conversar al respecto.

BENEFICIOS. Con su participación usted proporciona información valiosa que podrá ser usada para realizar una adaptación de una intervención enfocada a padres de familia para aumentar la comunicación con sus hijos(as) adolescentes, además de recibir una compensación monetaria por mi participación.

INFORMACIÓN FUTURA. Entiendo que si tengo preguntas adicionales acerca de la investigación, tengo el derecho de llamar a la Comisión de Etica al teléfono: 8348-1847 ext. 111.

RENUNCIA/RETIRO. Entiendo que mi participación es voluntaria y que me puedo retirar y abandonar el grupo en el momento que yo decida en cualquier momento durante la conversación.

CONCLUSIÓN. He leído y entendido la forma de consentimiento. Se me dio la oportunidad para hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias. Estoy de acuerdo en paticipar en el grupo focal. Una vez que firme, entiendo que una copia de este documento será guardada junto con sus archivos de investigación y yo recibiré otra copia.

Nombre:

Fecha: _____

Firma del Padre/Madre o Tutor

Nombre y Firma: Testigo 1

Nombre y Firma: Testigo 2

Firma del Investigador: _____

¡Muchas Gracias!

Apéndice C

Guía para la Conducción del Grupo Focal a Padres

Objetivos

- Confirmar y ampliar las características de los padres de comunidades urbano-marginadas. Indagar sobre las principales variables de estudio: actitudes, normas subjetivas, control percibido de la conducta, conocimiento, intenciones, comodidad y comunicación sexual.
- Identificar las necesidades de los padres relacionadas con la comunicación sexual de padres a hijos(as) adolescentes.
- Adaptar posibles palabras no comprensibles en el instrumento y del curriculum.

Fecha _____ Hora _____

Hora de inicio _____ Hora de termino _____

Creencias y Comunicación sexual

1. En la actualidad los adolescentes presentan cada vez más embarazos no deseados, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el SIDA, ¿Por qué cree que esto está sucediendo?
2. Ustedes tienen hijos(as) adolescentes, ¿Cómo piensan que los pueden ayudar para que se protejan de los embarazos no deseados, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el SIDA?
3. ¿De qué manera creen ustedes que puede ayudar que se comuniquen con ellos sobre temas de sexo?
4. ¿Cuáles son los temas de sexo que más han platicado con su hijo(a) adolescente? ¿Qué temas se les dificulta hablar más con sus hijos(as)?
5. ¿De qué temas se siente más cómodo e incomodo para hablar con sus hijos(as) sobre temas de sexo?
6. ¿Qué dificulta que usted se comunique con su hijo adolescente?
7. ¿Qué facilita que usted se comunique con su hijo adolescente?
8. ¿Cómo se siente usted al hablar con su hijo sobre temas de sexo?
9. ¿Qué beneficios puede tener que usted se comunique sobre sexo con su hijo(a) adolescente?
10. ¿Cree usted que alguien estaría en desacuerdo en que se comunicara sobre sexo con su hijo? (De los que mencionaron que si) ¿Puede usted decirme quién?
11. ¿Qué cree que usted necesite para comunicarse mejor con su hijo(a) adolescente sobre sexo? (Clarificar que es en relación a las habilidades/capacidades)
12. ¿Qué conocimientos necesita usted para comunicarse sobre sexo con su hijo(a) adolescente?

Roles de género

13. ¿Creen usted importante la participación del padre (varón) en una intervención educativa para aumentar la comunicación de padres a hijos(as) sobre temas de sexo? Podría mencionar, ¿Qué estrategias harían participar al padre (varón) en una intervención educativa para aumentar la comunicación de padres a hijos(as) sobre temas de sexo?

*Apéndice D***Instrumento para Padres: Pre-test, post-test y seguimientos**

FECHA:					2	0	1	
	M	M	D	D	A	A	A	A

(Escriba la fecha de hoy ocupando el formato Mes/Día/Año, es decir si hoy es el 1 de Septiembre del 2009, escribe 09/01/2009)

Padres

Estas preguntas se refieren de sus actitudes, creencias, conocimiento, experiencias y sentimientos. Cuando preguntemos acerca de su hijo(a), nos referimos ÚNICAMENTE a su hijo(a) quien esta estudiando en la preparatoria. Algunas de las preguntas son muy personales. Es importante que recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, nos interesa saber lo que Usted piensa y siente. Por favor conteste todas las preguntas honestamente. No escriba su nombre en el cuadernillo.

¡IMPORTANTE!

ESCRIBA SU NÚMERO DE CODIGO AQUI:					.		
--------------------------------------	--	--	--	--	---	--	--

01 LINE NO. 1

Hora de Inicio: _____

Hora de Término: _____

¿Solicitó ayuda?:

(1) ninguna (2) poca (3)

mucha

Por favor escriba la siguiente oración en la línea de abajo

“Fidel compra frijol y arroz”

A. INFORMACIÓN GENERAL

Indique si su hijo(a) mayor que esta estudiando en la preparatoria, es:

Hombre

Mujer

A1. Cual es su sexo

Femenino Masculino

A2. ¿Cuántos años tiene usted? _____

A3. Estado Civil:

1. Soltero(a)
2. Casado(a)
3. Separado(a)
4. Divorciado(a)
5. Viudo(a)

A4. Especifique su situación actual:

1. Con pareja
2. Sin pareja

A5. Si actualmente no vive con su pareja, ¿qué edad tenía su hijo(a) (hijo o hija mayor que esta participando en el Proyecto “Cúidate: PROMUEVE tu Salud”) cuando esto pasó? _____ años.

A6. Ocupación actual

A7. Ocupación actual de su pareja (si no tiene pareja actual escriba No tengo pareja actual)

A8. ¿Cuál fue el último año de estudios que curso USTED y aprobó?

Año(s) _____
Sin estudios _____

A9. ¿Cuál fue el último año de estudios que curso su PAREJA ACTUAL y aprobó?

Año(s) _____
Sin estudios _____
No tengo pareja _____

A10. ¿En qué lugar nació su hijo(a) (hijo o hija mayor que está estudiando en la preparatoria)? (ciudad, estado, país)

|

B. PREGUNTAS SOBRE EL EMBARAZO, EL SIDA Y LAS ITS

Pregunta	Opciones de Respuesta		
	V	?	F
B1. Una muchacha no puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales.			
B2. Si una mujer se lava con un lavado vaginal después de tener relaciones sexuales, no quedará embarazada.			
B3. Si el hombre saca su pene de la vagina de la mujer antes de eyacular, la mujer puede quedar embarazada.			
B4. Una muchacha que toma pastillas anticonceptivas y deja de tomárselas por uno o dos días seguidos, puede quedar embarazada.			
B5. Un síntoma común de ITS en el hombre es tener secreción (flujo) por el pene.			
B6. Un síntoma común de ITS es sentir ardor fuerte cuando orina.			
B7. Un síntoma común de ITS es tener ampollas en el pene o la vagina.			
B8. Un síntoma común de ITS en la mujer es tener secreción (flujo) vaginal, que causa ardor o picazón.			
B9. Si te sientes perfectamente bien no puedes tener una ITS.			
B10. Una mujer que tiene una ITS puede contraer una infección en la matriz.			
B11. Una mujer embarazada que tiene una ITS puede transmitírsela a su bebé.			
B12. Si tienes una ITS, es posible que tu pareja sexual también la tenga.			
B13. Si tienes SIDA, es más probable que le den otras enfermedades.			
B14. Una persona puede tener el virus del SIDA y puede transmitírselo a otras personas aunque no parezca enfermo.			

B15. Una forma en que muchas mujeres contraen SIDA, es por tener relaciones sexuales con un hombre que se inyecta drogas.			
B16. Tener relaciones sexuales anales (por el ano) con un hombre aumenta la posibilidad de contraer SIDA.			
B17. Usar vaselina como lubricante cuando se tiene relaciones sexuales disminuye la posibilidad de contraer SIDA o ITS.			
B18. Se puede contagiarse de SIDA si se comparte un lavamanos, ducha (regadera), o baño con alguien que tiene SIDA.			
B19. El virus de SIDA está presente en el semen.			
B20. El virus de SIDA está presente en la sangre.			
B21. El virus de SIDA está presente en el flujo vaginal.			
B22. El pene debe de estar erecto (duro) cuando se pone el condón.			
B23. Cuando se pone el condón en el pene, se debe dejar un espacio en la punta del condón.			
B24. El condón debe estar completamente desenrollado (estirado) antes de ponerlo en el pene.			
B25. Guardar o llevar condones en sitios calurosos, puede echarlos a perder.			
B26. El dispositivo (DIU) que las mujeres usan como método anticonceptivo funciona mejor que el condón en el hombre para prevenir el SIDA.			

C. ACTITUDES

C1. Me da mucha vergüenza hablar con mi hijo(a) acerca de sexo.

1	2	3	4	5
No		Ni No Ni Si		Si

C2. Mi hijo(a) es demasiado joven para hablarle sobre sexo.

1	2	3	4	5
No		Ni No Ni Si		Si

C3. Parecería que estoy animando a mi hijo(a) para que tenga relaciones sexuales, si le hablo de sexo.

1	2	3	4	5
No		Ni No Ni Si		Si

C4. Mi hijo(a) ya tiene suficiente conocimiento sobre sexualidad y no necesito hablar con él (ella) sobre sexo.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

- | | | | | |
|----|--|----------------|--|----|
| No | | Ni No
Ni Si | | Si |
|----|--|----------------|--|----|
- C5. En mi familia no se habla de sexo.
- | | | | | |
|---------|---|---------------------|---|---------|
| 1
No | 2 | 3
Ni No
Ni Si | 4 | 5
Si |
|---------|---|---------------------|---|---------|
- C6. Es más probable que mi hija no quede embarazada, o que mi hijo no embarace a alguien, si hablo con mi hijo(a) para que no tenga relaciones sexuales.
- | | | | | |
|---------|---|---------------------|---|---------|
| 1
No | 2 | 3
Ni No
Ni Si | 4 | 5
Si |
|---------|---|---------------------|---|---------|
- C7. Mi hijo(a) no me escucharía, si hablo con él (ella) para que se abstenga de tener relaciones sexuales.
- | | | | | |
|---------|---|---------------------|---|---------|
| 1
No | 2 | 3
Ni No
Ni Si | 4 | 5
Si |
|---------|---|---------------------|---|---------|
- C8. Me sentiré avergonzado(a), si hablo con mi hijo(a) para que se abstenga de tener relaciones sexuales.
- | | | | | |
|---------|---|---------------------|---|---------|
| 1
No | 2 | 3
Ni No
Ni Si | 4 | 5
Si |
|---------|---|---------------------|---|---------|
- C9. Mi hijo(a) no me respetara, si hablo con él (ella) para que se abstenga de tener relaciones sexuales.
- | | | | | |
|---------|---|---------------------|---|---------|
| 1
No | 2 | 3
Ni No
Ni Si | 4 | 5
Si |
|---------|---|---------------------|---|---------|
- C10. Es menos probable que mi hijo(a) se contagie de SIDA o de alguna otra infección de transmisión sexual, si hablo con él (ella) para que se abstenga de tener relaciones sexuales.
- | | | | | |
|---------|---|---------------------|---|---------|
| 1
No | 2 | 3
Ni No
Ni Si | 4 | 5
Si |
|---------|---|---------------------|---|---------|

Las siguientes preguntas le preguntan sobre sus actitudes al hablar sobre métodos anticonceptivos y el uso del condón. Por favor encierre en un círculo el número que mejor exprese lo que siente.

C11. Es menos probable que mi hijo embarace a alguien o que mi hija se embarace, si hablo con él (ella) sobre métodos anticonceptivos y/o los condones.

1	2	3	4	5
No		Ni No Ni Si		Si

C12. Me sentiré mas unido(a) a mi hijo (hija), si hablo con él (ella) sobre métodos anticonceptivos y/o condones.

1	2	3	4	5
No		Ni No Ni Si		Si

C13. Mi hijo (hija) se sentirá mas unido(a) a mi, si hablo con él (ella) sobre métodos anticonceptivos y/o condones.

1	2	3	4	5
No		Ni No Ni Si		Si

C14. Mi hijo (hija) no me escucharía, si hablo con él (ella) sobre métodos anticonceptivos y/o condones.

1	2	3	4	5
No		Ni No Ni Si		Si

C15. Me sentiré avergonzado(a), si hablo con mi hijo(a) sobre métodos anticonceptivos y/o condones.

1	2	3	4	5
No		Ni No Ni Si		Si

C16. Mi hijo(a) no me respetará, si hablo con él (ella) sobre métodos anticonceptivos y/o condones.

1	2	3	4	5
No		Ni No Ni Si		Si

C17. Es menos probable que mi hijo(a) se contagie de SIDA o de alguna otra infección de transmisión sexual, si hablo con él (ella) sobre métodos anticonceptivos y/o condones.

1	2	3	4	5
No		Ni No Ni Si		Si

C18. ¿Como se siente usted respecto a hablar con su hijo (a) sobre las relaciones sexuales?

1	2	3	4	5
Muy Mal	Mal	Ni Bien Ni Mal	Bien	Muy Bien

C1. NORMAS SUBJETIVAS

Las siguientes preguntas le piden su opinión acerca de si la gente que usted conoce aprobaría o desaprobaría que usted hablara con su hijo(a) de temas relacionados al sexo. Por favor encierre en un círculo el número que represente en que medida piensa usted que la gente aprobaría o desaprobaría que usted discuta el tópico con sus hijos. Utilice cualquier número del 1 al 5. Entre mayor sea el número que elija, significa que usted piensa que las personas lo aprobarían. Entre más bajo, que lo desaprobarían. RECUERDE, POR “SU HIJO(A)” QUEREMOS DECIR SU HIJO(A) MAYOR QUIEN ESTA ESTUDIANDO EN LA PREPARATORIA”

C19. ¿Cómo se siente usted respecto a hablar con su hijo(a) sobre las relaciones sexuales?

1	2	3	4	5
Es muy mala idea	Es una mala idea	No es una buena, Ni mala idea	Es una buena idea	Es una muy buena idea

C20. La mayoría de las personas que son importantes para Usted, ¿aprobarían o desaprobarían que usted hablara con su hijo(a) sobre la abstinencia sexual?

1	2	3	4	5
Desaprobarían mucho	Desaprobarían	Ni aprobarían, Ni desaprobarían	Aprobarían	Aprobarían mucho

C21. ¿Su hijo(a) aprobaría o desaprobaría que usted le hablara para que no tenga relaciones sexuales?

1	2	3	4	5
Desaprobarían mucho	Desaprobarían	Ni aprobarían, Ni desaprobarían	Aprobarían	Aprobarían mucho

C22. ¿Sus amigos mas cercanos aprobarían o desaprobarían que usted hablara con su hijo(a) para que no tenga relaciones sexuales?

1	2	3	4	5
Desaprobarían mucho	Desaprobarían	Ni aprobarían, Ni desaprobarían	Aprobarían	Aprobarían mucho

C23. Sus familiares cercanos aprobarían o desaprobarían que usted hablara con su hijo(a) para que no tenga relaciones sexuales.

1	2	3	4	5
Desaprobarían mucho	Desaprobarían	Ni aprobarían, Ni desaprobarían	Aprobarían	Aprobarían mucho

C24. ¿Las personas de su iglesia aprobarían o desaprobarían que usted hablara con su hijo(a) para que no tenga relaciones sexuales?

1	2	3	4	5
Desaprobarían mucho	Desaprobarían	Ni aprobarían, Ni desaprobarían	Aprobarían	Aprobarían mucho

El siguiente grupo de preguntas le piden su opinión sobre si las personas que usted conoce aprobarían o desaprobarían que usted hablara con su hijo(a) sobre métodos anticonceptivos y/o condones. Por favor marque con un círculo el número que mejor exprese como se siente.

C25. ¿Cómo se siente usted respecto a hablar con su hijo(a) sobre métodos anticonceptivos y/o condones?

1	2	3	4	5
Es muy mala idea	Es una mala idea	No es una buena, Ni mala idea	Es una buena idea	Es una muy buena idea

C26. La mayoría de las personas que son importantes para Usted, ¿aprobarían o desaprobarían que le hable a su hijo sobre métodos anticonceptivos y/o condones?

1	2	3	4	5
Desaprobarían mucho	Desaprobarían	Ni aprobarían, Ni desaprobarían	Aprobarían	Aprobarían mucho

C27. ¿Su hijo(a) aprobaría o desaprobaría que le hable sobre métodos anticonceptivos y/o condones?

1	2	3	4	5
Desaprobarían mucho	Desaprobarían	Ni aprobarían, Ni desaprobarían	Aprobarían	Aprobarían mucho

C28. Sus amigos cercanos ¿aprobarían o desaprobarían que usted hablara con su hijo(a) sobre métodos anticonceptivos y/o condones?

1	2	3	4	5
Desaprobarían mucho	Desaprobarían	Ni aprobarían, Ni desaprobarían	Aprobarían	Aprobarían mucho

C29. Sus parientes cercanos ¿aprobarían o desaprobarían que usted hablara a su hijo(a) acerca de métodos anticonceptivos y/o condones?

1	2	3	4	5
Desaprobarían mucho	Desaprobarían	Ni aprobarían, Ni desaprobarían	Aprobarían	Aprobarían mucho

C30. Las personas de su iglesia (grupo religioso) aprobarían o desaprobarían que hablara a su hijo(a) sobre métodos anticonceptivos y/o condones.

1	2	3	4	5
Desaprobarían mucho	Desaprobarían	Ni aprobarían, Ni desaprobarían	Aprobarían	Aprobarían mucho

Reactivo creencias (independiente)

C31. ¿Cree que su hijo(a) ha tenido relaciones sexuales?

1	2	3	4
Definitivamente no	Probablemente no	Probablemente lo hizo	Definitivamente lo hizo

D. FÁCIL O DIFÍCIL

Las siguientes preguntas le preguntan cuan fácil o difícil es para Usted hablar con su hijo(a) sobre algunos temas. Por favor encierre en un círculo el número que mejor exprese que tan fácil o difícil sería para Usted hacer cada una de las cosas que se enlistan a continuación Utilice cualquier número del 1 al 5. Entre mas alto sea el número que elija significa que la conducta a realizar es **mas fácil**. Entre mas bajo sea el numero, indica que la conducta a realizar es **mas difícil**. **RECUERDE** no existen respuestas correctas o incorrectas. Queremos conocer lo que Usted piensa y siente.

RECUERDE, POR “SU HIJO” NOSOTROS QUEREMOS DECIR SU HIJO MAS GRANDE (HIJO O HIJA) QUIEN ESTA ESTUDIANDO EN LA PREPARATORIA.

D1. ¿Qué tan fácil o difícil sería para Usted hablar con su hijo acerca de sexo?

1	2	3	4	5
Muy difícil	Difícil	Ni difícil, Ni fácil	Fácil	Muy fácil

D2. ¿Qué tan fácil o difícil sería para Usted iniciar una conversación con su hijo(a) sobre su conducta sexual?

1	2	3	4	5
Muy difícil	Difícil	Ni difícil, Ni fácil	Fácil	Muy fácil

D3. ¿Qué tan fácil o difícil será para Usted decirle a su hijo(a) que se abstenga de tener relaciones sexuales?

1	2	3	4	5
Muy difícil	Difícil	Ni difícil, Ni fácil	Fácil	Muy fácil

D4. ¿Qué tan fácil o difícil será para usted hablar con su hijo(a) para que use métodos anticonceptivos y/o condones si tiene relaciones sexuales?

1	2	3	4	5
Muy difícil	Difícil	Ni difícil, Ni fácil	Fácil	Muy fácil

D5. ¿Qué tan fácil o difícil sería para usted convencer a su hijo(a) de usar algún método anticonceptivo o un condón durante la relación sexual?

1	2	3	4	5
Muy difícil	Difícil	Ni difícil, Ni fácil	Fácil	Muy fácil

E. INTENCIONES

Las siguientes preguntas le preguntan sobre que tan probable es que usted haga ciertas cosas en los siguientes tres meses. Encierre en un círculo la alternativa que mejor refleja lo que usted siente.

E1. ¿Qué tan probable es que en los próximos 3 meses usted hablará con su hijo(a) sobre las relaciones sexuales?

1	2	3	4	5
Nada probable	Poco probable	Ni improbable, Ni probable	Probable	Muy probable

E2. ¿Qué tan probable es que en los próximos 3 meses usted hablará con su hijo(a) para que se abstenga de tener relaciones sexuales?

1	2	3	4	5
Nada probable	Poco probable	Ni improbable, Ni probable	Probable	Muy probable

E3. ¿Qué tan probable es que en los próximos 3 meses usted hablará con su hijo sobre la posibilidad de no embarazar a alguien o de que su hija no salga embarazada?

1	2	3	4	5
Nada probable	Poco probable	Ni improbable, Ni probable	Probable	Muy probable

E4. ¿Qué tan probable es que en los próximos 3 meses usted hablará con su hijo(a) de la posibilidad de infectarse de SIDA por tener relaciones sexuales?

1	2	3	4	5
Nada probable	Poco probable	Ni improbable, Ni probable	Probable	Muy probable

COMUNICACIÓN SOBRE TEMAS SEXUALES

Las siguientes preguntas le preguntan sobre la comunicación que usted tiene con su hijo(a) específicamente sobre temas relacionados con el sexo. Algunos padres hablan con sus hijos acerca de sexo, otros no. Por favor marque con un círculo el número que muestre que tanto ha hablado con su hijo(a) sobre aspectos relacionados con el sexo. Use cualquier número del 1 al 5. Mientras mayor sea el número seleccionado significa que discutió más sobre el tópico con su hijo(a). Mientras menor sea el número, significa que discutió menos sobre el tópico con su hijo(a). Recuerde que no existen preguntas correctas o incorrectas. Queremos conocer lo que Usted piensa y siente.
RECUERDE, POR “SU HIJO (A)” QUEREMOS DECIR SU HIJO(A) MAYOR, QUIEN ESTA ESTUDIANDO EN LA PREPARATORIA.

F1. ¿Qué tanto ha conversado Usted con su hijo(a) sobre cómo debe comportarse sexualmente?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

F2. ¿Cuánta información ha compartido con su hijo(a) sobre cómo prevenir el embarazo?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

F3. ¿Cuánta información ha compartido con su hijo(a) sobre infecciones de transmisión sexual?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

F4. ¿Cuánta información ha compartido con su hijo(a) acerca el VIH/SIDA?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

F5. ¿Qué tanta información ha compartido con su hijo(a) sobre las formas de protegerse para no contagiarse con infecciones de transmisión sexual o SIDA?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

F6. ¿Qué tanta información específica sobre el condón ha compartido con su hijo(a)?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

F7. ¿Qué tanta información ha compartido con su hijo(a) sobre la necesidad de esperar hasta que sea mayor para tener relaciones sexuales, o sobre abstenerse de tenerlas?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

F8. ¿Qué tanta información ha compartido con su hijo(a) sobre la presión que ejercen los amigos y la “novia(o)” en el aspecto sexual?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

F9. ¿Qué tanta información ha compartido con su hijo(a) sobre cómo resistir la presión de sus compañeros y de las “amigas(os)” con los que sale?

1	2	3	4	5
Nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho

COMODIDAD HABLANDO SOBRE TEMAS SEXUALES

Las siguientes preguntas le preguntan sobre que tan cómodo es para usted hablar temas o relacionados con el sexo con su hijo(a). Por favor marque con un círculo el número que representa qué tan cómodo se siente usted cuando habla de aspectos sobre sexo con su hijo(a). Use cualquier número del 1 al 5 si usted habló sobre el tema con su hijo(a). Mientras mas alto sea el número que elija, significa que usted habló mas sobre el tema con su hijo(a). Mientras menor sea el número, significa que Usted habló menos sobre este tema con su hijo(a). Encierre en un círculo el 5 si usted nunca habló sobre este tema con su hijo.

RECUERDE, POR “SU HIJO(A)” QUEREMOS DECIR SU HIJO(A) MAYOR (HIJO O HIJA) QUIEN ESTA ESTUDIANDO EN LA PREPARATORIA.

F10. ¿Qué tan cómodo(a) usted se siente cuando habla sobre temas sexuales con su hijo(a)?

1	2	3	4	5
Muy incómodo	Algo incómodo	Algo cómodo	Muy cómodo	Nunca discutió

F11. ¿Qué tan cómodo(a) se siente Usted cuando habla con su hijo(a) sobre la abstinencia sexual?

1	2	3	4	5
Muy incómodo	Algo incómodo	Algo cómodo	Muy cómodo	Nunca discutió

F12. ¿Qué tan cómodo(a) se siente usted cuando habla con su hijo(a) sobre como se previene el embarazo?

1	2	3	4	5
Muy incómodo	Algo incómodo	Algo cómodo	Muy cómodo	Nunca discutió

F13. ¿Qué tan cómodo(a) se siente usted cuando habla con su hijo(a) sobre infecciones de transmisión sexual?

1	2	3	4	5
Muy incómodo	Algo incómodo	Algo cómodo	Muy cómodo	Nunca discutió

F14. ¿Qué tan cómodo(a) se siente cuando habla sobre VIH/SIDA con su hijo(a)?

1	2	3	4	5
Muy incómodo	Algo incómodo	Algo cómodo	Muy cómodo	Nunca discutió

F15. ¿Qué tan cómodo(a) se siente cuando habla con su hijo(a) sobre las formas de protegerse de contraer infecciones de transmisión sexual o SIDA?

1	2	3	4	5
Muy incómodo	Algo incómodo	Algo cómodo	Muy cómodo	Nunca discutió

F16. ¿Qué tan cómodo(a) se siente usted cuando habla específicamente con su hijo(a) sobre el condón y/o métodos anticonceptivos?

1	2	3	4	5
Muy incómodo	Algo incómodo	Algo cómodo	Muy cómodo	Nunca discutió

F17. ¿Qué tan cómodo(a) se siente usted cuando habla con su hijo(a) de la presión para tener sexo que ejercen los compañeros y las “amigas(os)-novias(os)” con las que sale?

1	2	3	4	5
Muy incómodo	Algo incómodo	Algo cómodo	Muy cómodo	Nunca discutió

F18. ¿Qué tan cómodo se siente usted cuando habla con su hijo(a) de como resistir la presión que ejercen los compañeros y las “amigas(os) o novias(os)” con quienes sale?

1	2	3	4	5
Muy incómodo	Algo incómodo	Algo cómodo	Muy cómodo	Nunca discutió

Le agradecemos cualquier comentario sobre las preguntas.

Si ha terminado, revise su folleto para determinar si hay preguntas que se le olvido contestar.

¡GRACIAS!

Apéndice E

Criterios de Evaluación para la Fidelidad de la Intervención

FORMA DE FIDELIDAD PARA “¡CUÍDATE!”

Facilitador _____

Lugar: _____

Completada por: _____

Modulo 1: Conocerse a Ustedes

Actividad	Elemento básico	¿Se llevo a cabo la actividad? S=SI N=NO	¿La actividad se llevo a cabo de acuerdo a las instrucciones del currículo del facilitador? S=SI N=NO	¿De que forma se cambio la actividad?
A: Reglas de grupo				
B: Mesa redonda				
C: Discutiendo las dificultades con las que los padres se enfrentan hoy en día				
D: Actividad de metas y sueños para sus hijos(as)				
E: Hablando sobre los obstáculos a los que se enfrentan los adolescentes				

Modulo 2: Entender a los Adolescentes

Actividad	Elemento básico	¿Se llevo a cabo la actividad? S=SI N=NO	¿La actividad se llevo a cabo de acuerdo a las instrucciones del currículo del facilitador? S=SI N=NO	¿De que forma se cambio la actividad?
A: Actividad lo que los jóvenes ven y escuchan y quienes				

son los jóvenes				
B: Actividad que dicen los adultos sobre los jóvenes				
C: ITS				
D: Mencionar como se contrae una ITS				
E: Mencionar porque algunos jóvenes deciden tener relaciones sexuales				
F: Actividad consecuencias del sexo				
G: Porque su hijo(a) debe evitar las ITS				
H: Preguntas de las tarjetas de las preguntas sobre embarazo				
I: Observación del DVD del SIDA				

Modulo 3: Aprendiendo a Comunicarse con los Adolescentes sobre Sexo Seguro

Actividad	Elemento básico	¿Se llevo a cabo la actividad? S=SI N=NO	¿La actividad se llevo a cabo de acuerdo a las instrucciones del currículo del facilitador? S=SI N=NO	¿De que forma se cambio la actividad?
A: Actividad "Hablar con mi hijo(a)"				
B: Preguntas "Una cosa de todos los dias: Tarea de Maria y Damaris"				
C: Tarea en casa				
D: Mesa redonda				

Modulo 4: Practicando como Comunicarse con los Adolescentes sobre Sexo Seguro

Actividad	Elemento básico	¿Se llevo a cabo la actividad? S=SI N=NO	¿La actividad se llevo a cabo de acuerdo a las instrucciones del currículo del facilitador? S=SI N=NO	¿De que forma se cambio la actividad?
A: Bienvenida y Mesa redonda				
B: La Lotería				
C : Actividad fácil y obstáculos				

Modulo 5: Examinando porque hablar con Nuestros Hijos y Mejorando Como Hablamos sobre el Sexo

Actividad	Elemento básico	¿Se llevo a cabo la actividad? S=SI N=NO	¿La actividad se llevo a cabo de acuerdo a las instrucciones del currículo del facilitador? S=SI N=NO	¿De que forma se cambio la actividad?
A: Habilidad para utilizar la técnica "Dirás"				
B: Habilidad para utilizar la técnica "Cuídate"				
C: Habilidad para utilizar la técnica "Algunas sugerencias para comunicación efectiva"				
D: Juego de roles: La fiesta y los condones				

**Modulo 6: Hablando con Nuestro Hijos(as) sobre Otras Situaciones
Riesgosas**

Actividad	Elemento básico	¿Se llevo a cabo la actividad? S=SI N=NO	¿La actividad se llevo a cabo de acuerdo a las instrucciones del currículo del facilitador? S=SI N=NO	¿De que forma se cambio la actividad?
A: Actividad pretextos				
B: Habilidad para utilizar la técnica "Dirás"				
C: Habilidad para utilizar la técnica "Cuídate"				
D: Habilidad para utilizar la técnica "Algunas sugerencias para comunicación efectiva"				
E: Juego de roles A-D				
F: Mesa Redonda: Conclusion				